DE L'ÉTRANGLEMENT

DES

HERNIES ABDOMINALES

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

qui existent encore dans la librairie.

De la propagation de l'inflammation. Suivi de quelques propositions sur les tumeurs dites cancéreuses. Paris, 1849, in-4, thèse inaugurale . . . . 1 fr.

Mémoire sur la pleurésie secondaire consécutive aux inflammations du sein et de l'aisselle, 1850, in-8 . . . . 1 fr.

De l'altération graisseuse primitive des muscles, et de son influence sur la production des pieds bots, 1851, in-8. . . . . 1 fr.

Recherches sur l'anatomie pathologique du rachitisme, 1852, in-8 (2 planches gravées). . . . . 1 fr. 50

Mémoire sur la cataracte capsulaire et sur les affections désignées sous les noms vicieux de *capsulite* et de *kératite*, 1854, in-8. 1 fr.

Propriétés et fonctions de la moelle épinière, rapport sur quelques expériences de M. Brown-Séquard, lu à la Société de biologie, le 21 juillet 1855, in-8. . . . . 1 fr.

Des anévrysmes et de leur traitement, in-8 de 940 pages avec figures intercalées dans le texte, 1856 . . . . 10 fr.

Éloge historique de P.-N. Gerdy, lu à la Société de chirurgie le 2 juillet 1856, in-8. . . . . 1 fr. 50

Atlas d'anatomie descriptive par MM. Bonamy et Broca, dessins exécutés et lithographiés par M. Beau, grand in-8. Paraît par livraisons de 4 planches. Les 49 premières livraisons ont déjà paru. Elles renferment l'ostéologie, la myologie, l'angéiologie et la plus grande partie de la splanchnologie. Prix de chaque livraison, figures noires. . 2 fr.
figures coloriées. 1 fr.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

DE L'ÉTRANGLEMENT

DANS LES

HERNIES ABDOMINALES

ET

DES AFFECTIONS QUI PEUVENT LE SIMULER

THÈSE DE CONCOURS

POUR L'AGRÉGATION EN CHIRURGIE (1853)

PAR

M. PAUL BROCA

Agrégé à la Faculté de médecine, Chirurgien des hôpitaux, etc.

—

ROYAL COLLEGE OF S
LIBRARY

DEUXIÈME ÉDITION.

PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1857

Droit de traduction réservé.

A M. MALGAIGNE

Si vous n'aviez pas été l'un des juges du Concours, la première édition de cette thèse aurait dû déjà vous être dédiée. Le sentiment des convenances, qui s'y opposait alors, me fait aujourd'hui un devoir d'inscrire votre nom en tête d'une œuvre dont la responsabilité pèse sur moi tout entière, mais dont les matériaux les plus importants vous ont été empruntés.

Paul BROCA.

PRÉFACE

DE LA DEUXIÈME ÉDITION.

Ce n'est pas sans hésitation que je me suis décidé à publier une nouvelle édition de ce travail. Les thèses de concours, écrites à la hâte sur un sujet désigné par le sort, rédigées, imprimées, tirées, brochées et déposées en quinze jours, se ressentent toujours de la précipitation avec laquelle on les compose, et des préoccupations sans nombre qui viennent assaillir l'esprit du candidat. Les pages manuscrites, à peine relues, sont portées à l'imprimerie avant que l'encre qui les couvre soit desséchée; l'auteur, enchaîné à la composition, n'a pas même le temps de revoir les

épreuves, et il ne lui est permis de jeter sur son œuvre un coup d'œil d'ensemble que lorsque l'impression est terminée et lorsqu'il est devenu impossible de faire des corrections. Rien n'est plus contraire aux sages préceptes de Boileau. On doit donc s'attendre à trouver dans ces productions improvisées des répétitions, des lacunes, des digressions et des imperfections de tout genre. Ce sont des fautes qu'on n'avoue pas le jour de l'argumentation, mais qui n'en sont pas moins réelles, et le lecteur, j'en suis convaincu, jugera comme moi que la présente thèse a subi la loi commune.

Tous ces défauts, que je suis le premier à reconnaître, ont cependant trouvé grâce devant le public, et, malgré une large distribution faite aux médecins et aux élèves le jour de l'argumentation, les exemplaires qui ont été mis en vente ont été enlevés assez rapidement pour que le libraire ait jugé utile d'entreprendre une édition nouvelle. Je ne me fais point illusion sur les causes de ce succès imprévu.

La question que le sort m'a imposée, si vaste et si importante par elle-même, a, de plus, l'avantage d'être pleine d'actualité, car la doctrine des hernies a subi depuis quelques années des modifications profondes, qui n'ont pas encore trouvé place dans nos livres classiques. Aucun sujet n'a donné lieu à des publications plus nombreuses, à des discussions plus savantes et plus animées ; mais ces publications, ces discussions, sont disséminées dans des recueils périodiques, dans des thèses, dans des brochures, que tout le monde ne peut pas se procurer. Puis, il faut bien le dire, il n'existe dans notre langue aucun traité didactique sur les hernies. Nous ne possédons que quelques traductions qui ont depuis longtemps vieilli. L'élève qui prépare ses examens, le praticien qui se trouve en présence d'un cas difficile, consultent volontiers une monographie bien incomplète, sans doute, mais où les points les plus importants de la doctrine moderne sont du moins exposés dans leur généralité. Si ce travail a pu rendre quelques services, je n'ai donc pas le

droit de m'en attribuer le mérite; j'en dois remercier uniquement le hasard qui m'a singulièrement favorisé en me forçant à écrire sur des questions qu'il est difficile d'étudier ailleurs.

On trouvera peut-être que j'aurais dû retoucher mon œuvre, et en faire disparaître au moins les défauts les plus saillants. Les conditions au milieu desquelles elle a été écrite ont pu me servir d'excuse une première fois, mais aujourd'hui, après trois ans de réflexion, je n'ai plus droit à la même indulgence. Cette considération m'a longtemps arrêté, car il y a un an déjà que la première édition est épuisée. J'avais formé le projet de corriger et de compléter les descriptions, de combler les lacunes, de châtier le style. Toutefois, au moment d'entreprendre cette tâche, je me suis aperçu qu'il aurait fallu remanier entièrement mon travail et même en recommencer la rédaction. Le temps m'a manqué pour cela et finalement, après une année d'attente, désespérant de trouver les loisirs nécessaires, je me décide à présenter de nou-

veau cette thèse au public, telle qu'elle a été composée pour le concours. J'y ai pourtant fait une correction, relative à un détail historique sur lequel j'ai été à bon droit attaqué dans l'argumentation. J'avais dit alors, et je maintiens encore, que Franco avait entrevu la distinction des deux accidents que nous appelons aujourd'hui l'étranglement et l'inflammation des hernies; la lecture des écrits du chirurgien provençal m'avait laissé cette impression, qui était exacte, ainsi qu'on le verra dans le chapitre III de la présente édition. Mais, par malheur, au lieu de reproduire le passage le plus concluant, j'avais cité une phrase dont l'interprétation était fort contestable. Mon honorable ami et compétiteur, M. Cusco, m'argumenta sur ce point; c'est un service qu'il m'a rendu, et, si je ne l'en ai pas remercié sur le moment, je suis heureux du moins de pouvoir le faire aujourd'hui.

Paris, le 1er août 1856.

DE L'ÉTRANGLEMENT

DANS LES

HERNIES ABDOMINALES

ET

DES AFFECTIONS QUI PEUVENT LE SIMULER.

INTRODUCTION.

> Quand la raison nous faut, nous y employons l'expérience.
>
> (MONTAIGNE.)

La question que le sort m'a imposée est l'une des plus vastes, l'une des plus épineuses de la chirurgie. L'histoire complète des étranglements herniaires et de toutes les affections avec lesquelles on peut les confondre exigerait d'immenses recherches et dépasserait les limites d'un travail comme celui-ci. Je commencerai donc par circonscrire mon sujet en m'efforçant de le restreindre, sans m'écarter toutefois des termes de la question.

Les affections qui peuvent simuler l'étranglement des hernies abdominales se divisent naturellement en deux groupes. Tantôt les accidents que le malade éprouve ont réellement leur point de départ dans une hernie.

tantôt, au contraire, ils reconnaissent des causes entièrement différentes, dont l'énumération trouvera sa place ailleurs.

Dans le premier cas, le chirurgien concentre à juste titre son attention sur la tumeur herniaire qui est la cause des accidents. Le siége du mal est connu, il ne s'agit plus que d'en déterminer la nature. Or, cette détermination domine précisément l'histoire des hernies étranglées. La science est loin d'avoir dit à cet égard son dernier mot. Malgré l'importance des travaux modernes, plus d'une question reste encore en litige ; la doctrine classique de l'engouement herniaire et celle de l'étranglement par les anneaux fibreux naturels ont résisté sur plus d'un point au choc des idées nouvelles et ont trouvé parmi nos maîtres de rudes adversaires et d'habiles défenseurs. Ce que les uns considèrent comme un étranglement véritable, n'est pour les autres qu'un *pseudo-étranglement*, c'est-à-dire une affection qui simule l'étranglement. Ce n'est pas là une simple question de diagnostic, c'est une grande question de pathologie chirurgicale, pleine d'intérêt et d'actualité, mais pleine de périls aussi pour celui qui la traite. Il me paraît donc nécessaire d'étudier successivement, d'une manière dogmatique, les diverses affections qui ont leur siége dans les hernies et qui constituent ou simulent l'étranglement.

Mais l'étranglement peut être simulé par des affections dont le point de départ n'est pas dans une hernie

et qui ne présentent en général avec l'étranglement herniaire qu'une ressemblance éloignée. Pour que cette ressemblance devienne plus grande, pour que la maladie simule un étranglement, il faut des coïncidences exceptionnelles. Qu'il survienne un volvulus, ou seulement une péritonite par perforation sur un individu atteint de hernie irréductible, et le chirurgien pourra être conduit à rapporter les accidents à la hernie qu'il voit, au lieu de les attribuer à une lésion profonde qu'il ne voit pas. Ce sera une erreur de diagnostic plus ou moins justifiable ; mais il ne viendra à l'idée de personne de confondre pour cela le volvulus avec la hernie étranglée. Ce que je dis du volvulus s'applique également à un grand nombre d'autres affections analogues, qui n'ont aucune parenté avec l'étranglement herniaire, et qui cependant, dans certains cas fournis par le hasard, ont pu simuler cet étranglement. Je ne puis croire que le jury m'ait demandé l'histoire dogmatique de toutes ces affections disparates qui ne sont ni des étranglements ni des pseudo-étranglements. J'en parlerai à l'occasion du diagnostic; je citerai les erreurs auxquelles elles ont donné lieu; j'indiquerai les précautions qu'il faut prendre pour éviter la confusion; mais je ne crois pas devoir consacrer à chacune d'elles un chapitre de mon travail.

J'étudierai donc seulement les accidents aigus qui ont leur point de départ dans les hernies et qui peuvent réclamer l'intervention de la chirurgie. Ces acci-

dents, au dire des auteurs classiques, sont au nombre de trois : l'engouement, l'inflammation et l'étranglement proprement dit. Longtemps confondus dans une description unique, mais sous des noms différents, ils furent peu à peu distingués les uns des autres, à mesure que les découvertes plus ou moins réelles de l'anatomie normale introduisirent dans la question de nouveaux éléments. Les contradictions, les erreurs se multiplièrent. La thérapeutique en reçut de fâcheuses atteintes, et le doute pénétrait dans tous les esprits, lorsque l'Académie de chirurgie émit au milieu du XVIIIe siècle une doctrine conciliatrice, qui fut accueillie avec empressement, parce qu'elle semblait mettre tout le monde d'accord.

Cette doctrine ne rejetait pas les idées des anciens; elle acceptait sans arrière-pensée l'engouement et l'inflammation des hernies : les partisans de l'autorité y trouvaient leur compte. Quant à l'étranglement, il dominait toute la question, à la grande satisfaction des cartésiens. L'engouement conduisait à l'étranglement, et celui-ci à l'inflammation. Tout s'enchaînait d'une manière séduisante, et la théorie des hernies, jusque-là si obscure, était devenue aussi claire, aussi limpide que la théorie des plaies de tête, cette autre création de l'Académie de chirurgie.

Il ne manquait plus qu'une seule sanction à cette doctrine : la sanction des faits. L'anatomie pathologique n'avait pas encore été interrogée ; ses premières réponses ne furent pas favorables : on ne s'en inquiéta

guère. Mais le XIX[e] siècle ouvrit enfin une ère nouvelle ; les belles recherches de Scarpa sur l'anatomie des hernies montrèrent qu'il y avait là une mine féconde à exploiter. A. Cooper, M. J. Cloquet, Dupuytren et une foule d'autres étudièrent, sous des points de vue divers, les anneaux et le sac herniaire ; les faits s'accumulèrent ; la doctrine classique fut ébranlée, mais non renversée.

Les choses en étaient là lorsque M. Malgaigne entra dans la lice. De nombreuses dissections, des observations plus nombreuses encore, lui avaient permis d'élever des doutes sur l'exactitude de la doctrine régnante. Trouvant les théories en contradiction avec les faits, il voulut remonter à la source de ces théories. Il chercha dans les annales de la science l'origine des idées généralement admises, tâche longue et difficile dans laquelle il n'avait pas eu de devanciers, et il finit par prouver que les bases sur lesquelles reposait l'édifice classique avaient été fournies par le raisonnement et non point par l'observation.

Le travail de M. Malgaigne émut vivement le monde chirurgical. Des réclamations s'élevèrent de toutes parts. Une polémique ardente s'ensuivit. On publia avec empressement toutes les observations qui paraissaient de nature à corroborer ou à renverser les doctrines du dernier siècle ; les thèses, les mémoires originaux se succédèrent avec rapidité ; la science s'enrichit d'un grand nombre de faits nouveaux, mais toutes les démonstrations ne furent pas poussées jus-

qu'à l'évidence, et finalement beaucoup de points restèrent douteux.

Spectateur impartial de ces dernières luttes, je n'ai négligé, pendant ces dernières années, aucune occasion de m'instruire sur ce point. J'ai disséqué un assez bon nombre de hernies étranglées. J'ai pu, sans idée préconçue, me faire une conviction sur le siége et la nature de la plupart des étranglements. Mais, sur beaucoup de questions, je dois avouer que j'ai été moins heureux, et que, parti d'un état voisin de la certitude, j'ai fini par arriver au doute.

Mon travail se composera de trois parties. J'étudierai successivement l'engouement, l'inflammation et l'étranglement des hernies.

J'aurais voulu présenter, en commençant, le résumé des notions que nous possédons sur l'anatomie du sac et des anneaux dans les hernies non étranglées. Cette étude aurait sans doute jeté le plus grand jour sur l'histoire des accidents herniaires, mais j'ai dû renoncer à ce projet qui m'aurait entraîné trop loin, et qui m'aurait en quelque sorte obligé à passer en revue toute la pathologie des hernies.

CHAPITRE PREMIER.

DE L'ENGOUEMENT DES HERNIES.

On désigne sous le nom d'*engouement* cet état particulier des hernies dans lequel les matières que renferme le tube digestif s'accumulent dans l'anse intestinale herniée, de manière à y intercepter le passage des fèces et à y déterminer des accidents.

Quoique le mot *engouement* ne remonte pas à plus d'un siècle, la chose avait été indiquée par les écrivains de l'antiquité, et c'est même à cette cause, à l'engouement des hernies, qu'on a attribué pendant une longue suite de siècles la plupart des accidents que des modernes expliquent par l'étranglement intestinal.

On ne trouve rien sur ce sujet dans la collection hippocratique. Il est bien question, dans le 2e livre des *Epidémies*, d'un certain Pittacus qui mourut d'une hernie située à droite de l'ombilic, après avoir vomi des matières fécales ; mais l'auteur, sobre d'explications, ne hasarde aucune hypothèse sur la nature de l'accident [1].

La doctrine de l'engouement fut formulée pour la première fois par Praxagoras, le dernier descendant

[1] Hippocrate, *Épidémies*, livre II, 1re section, § 9, édition Littré.

de la famille dite des Asclépiades, environ quatre siècles avant Jésus-Christ. Les œuvres de ce médecin sont perdues, mais Cælius Aurelianus (IIe siècle après Jésus-Christ) nous a conservé ses opinions dans un passage important qui fut longtemps oublié ([1]).

L'iléus, suivant Praxagoras, était quelquefois dû à la chute, dans le scrotum ([2]), d'un intestin rempli de matières fécales : *intestinum plurimis stercoribus confertum*. En pareil cas, le médecin grec tentait le taxis : *manibus premens intestina, magnâ quassatione vexavit*, et si cela ne réussissait pas, il ouvrait le ventre près du pubis et fendait l'intestin pour en extraire la masse stercorale : *dividendum ventrem probat* (*Praxagoras*) *pube tenùs; dividendum etiam intestinum* rectum *atque detracto stercore consuendum dicit.*

Il y aurait de longs commentaires à faire sur ce passage, il y aurait à chercher ce que vient faire l'intestin rectum dans une hernie inguinale; mais cela n'est pas nécessaire, il nous suffit de savoir que Praxagoras attribuait les accidents de certains iléus à l'engouement de l'intestin hernié, et qu'il poussait la croyance à cette théorie jusqu'à proposer une inci-

([1]) Cælius Aurelianus, *De morbis acutis et chronicis*. — *Acutorum morborum*, lib. III, cap. 17. Edit. Amman, Amstel., 1722, in-4, p. 244, § 165.

([2]) *In folliculum*. Ce mot, pour Cælius Aurelianus, désigne le scrotum, ainsi qu'on peut s'en assurer dans le chapitre où il parle des hydropisies, et dans plusieurs autres passages : *Inflatio ventris, ac vultûs, et crurum*, et FOLLICULI GENITALIS, *et præputii* (*Morb. chron.*, lib. III, cap. 8, édition citée, p. 470).

sion pour extraire les *fécès* arrêtées dans la hernie.

Arrivons à Celse ; nous allons trouver l'engouement herniaire décrit avec une plus grande précision. *Nonnunquam autem, stercore accepto, vastius tumet (hernia) retroque compelli non potest : affertque tum dolores e scroto, et inguinibus, et abdomine : nonnunquam quoque stomachus affectus primum rufam bilem per os reddit, deinde viridem, quibusdam etiam nigram* [1]. Quoi qu'en dise Fabrice d'Aquapendente, il n'est pas question dans ce passage des vomissements de matières fécales [2].

Celse avait fait faire un grand pas à la question. L'engouement désormais ne rendait plus compte de tous les accidents des hernies. Dans un autre article, que je rapporterai plus loin, l'auteur parle de l'*inflammation des hernies*; dans un troisième chapitre, il donne une description qu'il est difficile de rapporter à autre chose qu'à l'étranglement véritable. Toutefois, malgré la lucidité avec laquelle il établit ordinairement la distinction des maladies, il n'a malheureusement pas cette fois exprimé sa pensée d'une manière suffisamment nette, et ses remarques, que nous pouvons interpréter aujourd'hui, ont été perdues pour ses successeurs.

Quoi qu'il en soit, Celse avait parlé de l'engoue-

[1] Celse, Lib. VII, cap. 18, édit. Targa, Strasbourg, 1806, in-8, t. I, p. 415.

[2] Fabricius ab Aquapendente. *Pentateuchus chirurgicus*, lib. I, cap. 31. (*Opera chirurgica*. Lyon, 1628, in-8°, p. 676.)

ment et de l'inflammation des hernies ; Archigène, qui le suivit de près, confondit ces deux éléments. Aétius nous a transmis le chapitre où Archigène traite du *volvulus*. On y lit le passage suivant : *Contingit et* (*volvulus*) *iis quibus intestinum in scroto unà cum stercore delapsum est, indeque violenter retrusum, ex eoque inflammatum existit* (1).

A partir de ce moment, l'engouement et l'inflammation des hernies sont réunis par beaucoup d'auteurs dans une même description. Léonidès d'Alexandrie s'exprime ainsi : *Mortis periculum inducit* (*hernia*) *quando intestina duris recrementis distenta ad scrotum delata condensantur : inde enim tormina volvulosa et sæpe inflammationes succedunt ex quibus pernicies consequitur* (2). Ainsi l'engouement est la cause, l'inflammation est l'effet. Il est digne de remarque que la terminaison par la mort se trouve indiquée ici pour la première fois.

Aétius, auteur du chapitre *De herniâ inguinis* (3), ne parle plus de l'engouement, et attribue tout à l'inflammation.

Paul d'Égine, au contraire (4), passe l'inflammation

(1) Ætius, *Medicinæ contractæ tetrabiblos*. Tetrab. III, serm. 1, cap. 28, trad. Cornarius. — Dans la collection de H. Estienne. *Artis medicæ principes*. Paris, 1567, in-fol., col. 468, D.

(2) Ætius, Tetrab. IV, serm. 2, cap. 23, édition citée, col. 693. E.

(3) Ætius, *loc cit.*, cap. 24, col. 694. A.

(4) Paul d'Egine, lib. 6, cap. 65, trad. Albanus Torinus. Bâle, 1538, in-4, p. 396.

sous silence et ne parle que de l'engouement : *Stercus autem in scroto interclusum periculum sæpenumero intulit; dolor enim infestat, impressisque interim digitis crepitum edunt.* Notez l'apparition de ce nouveau symptôme : la crépitation dans les hernies engouées. Notez surtout que là où Aétius voit de l'inflammation, Paul d'Égine voit de l'engouement ; il n'y a pas à s'y méprendre, c'est bien le même accident qu'ils ont décrit l'un et l'autre, leur théorie seule diffère. Nous aurons plus tard à dire de quel côté est la vérité.

Les Arabes, les arabistes n'ajoutent rien à ce qui précède. Plusieurs même gardent un silence complet sur les accidents des hernies. Est-ce parce que la chirurgie herniaire était alors exercée par des individus étrangers à la médecine, ainsi que cela ressort de plusieurs passages des arabistes ? Cela est possible. En tout cas, ceux qui, à cette époque, ont parlé de l'engouement n'ont fait que copier les anciens. Pendant toute cette longue période du moyen âge, nous ne trouvons ni un fait ni une idée. Le seul Barthélemy Montagnana, au commencement du xve siècle, se permit d'émettre une hypothèse qui, du reste, ne fit pas fortune. Suivant lui, les matières fécales finissaient par se pourrir dans les hernies engouées, et alors le malade devait mourir du quatrième au septième jour (1).

Le xvie siècle vit éclore les premières productions

(1) *Barth. Montagnanæ consilia variique tractatus alii.* Consil. 227, cap. 7. Venise, 1499, in-fol. (goth.), fol. 239.

originales sur les accidents des hernies. Ce fut Franco qui ouvrit la voie. Ce célèbre praticien publia d'abord en 1556, un petit traité qui renfermait plusieurs vues fort originales, mais la description qu'il y donna de l'engouement des hernies était assez exactement calquée sur celle des anciens : « Il y a vn autre inconvenient qui aduient aux hernies intestinales, lequel » est beaucoup plus dangereux que le precedant » (Franco vient de parler de la hernie simplement irréductible.) « C'est quand il y a tel amas de matiere » fecale dedans le scrotum que puis apres ne l'intes- » tin, ne la dicte matiere ne peuuent passer par le » trou du peritoine, en telle sorte qu'on ne peut aucu- » nement aller ascelle, ains la matiere fecale ainsi » retenue cause vne inflammation telle aux intestins » et parties circonuoisines qu'en bref il faut mou- » rir [1]. » Cette description comme on voit, ressemblait tout à fait à celle de Léonidès, mais Franco y joignit une innovation importante qui est restée l'une des conquêtes les plus précieuses de la thérapeutique chirurgicale. Le premier il osa conseiller l'opération de la hernie étranglée; le premier il osa inciser la peau, ouvrir le sac, débrider le *trou du peritoine*, et réduire l'intestin dans le ventre; le premier enfin il eut l'occàsion d'examiner directement l'état des parties contenues dans la hernie, et il faut croire que les

[1] *Petit traité contenant vne des parties principalles de chirurgie*, fait par Pierre Franco, chirurgien de Lausanne.— *Il faut endurer pour durer*. Lyon, 1556, in-12, p. 46.

résultats de cette observation ne furent pas conformes à la doctrine ancienne, car dans la deuxième édition de son livre, publiée seulement six ans après la première, il fit subir une grave modification à la description des accidents herniaires : « Si les intestins ou » zirbus, » dit-il (le zirbus est l'epiploon), « ne se pou- » noyent reduire en leur lieu à cause de *quelque* ma- » tiere fecale, et *flatuositez et autres choses venteuses*, » comme bien souuent aduient, les signes sont assez » euidents. Car le scroton est remply de matiere et » dur plus que parauant [1]. » Suit la description des symptômes, écrite avec beaucoup plus de soin qu'on ne l'avait fait jusqu'alors. Voici un nouvel élément, les gaz emprisonnés dans la hernie avec les matières fécales ; c'est la première origine de cette étrange affection, qu'on a désignée plus tard sous le nom d'engouement gazeux.

L'apparition de ce nouvel élément a une haute signification. Franco ne s'était pas contenté, comme ses prédécesseurs, de décrire les hernies d'après les livres seulement. Il avait observé par lui-même, et en opérant ses malades, il avait reconnu que l'anse intestinale était loin d'être distendue par des matières fécales dures, comme on l'enseignait à cette époque. Au lieu de trouver l'intestin *pluribus stercoribus confertum* (Praxagoras), ou *duris recrementis distentum* (Léoni-

[1] Pierre Franco, *Traité tres ample des hernies*. Lyon, 1561, in-12, p. 24.

dès), il y avait vu seulement *quelque matiere fecale* (*quelque* au singulier, ce qui signifie sans doute *quelque peu*); et comme, à tout prendre, il n'osait pas rompre en visière avec la doctrine de l'engouement, comme dès lors il fallait bien que l'intestin fût engoué par quelque chose, Franco fut amené à dire que l'engouement était dû à des *flatuositez et autres choses venteuses*. Ainsi, la théorie s'écroulait devant la première observation. Pendant dix-neuf siècles on avait admis, ou plutôt supposé l'existence d'une accumulation de matières fécales dans la hernie, et lorsqu'on voulut y regarder il se trouva que cette accumulation n'existait pas.

C'est-à-dire que dès lors la doctrine de l'engouement n'avait plus de raison d'être; elle continua toutefois à traverser les siècles en vertu de la vitesse acquise, mais elle était sapée dans sa base.

Qu'un bouchon de *fécès* endurcies pût braver les tentatives du taxis, rien de mieux; mais des *flatuositez*, des *choses venteuses* ne pouvaient offrir une semblable résistance, et sous ce rapport, les auteurs des trois derniers siècles se sont montrés moins logiques que les anciens.

Ces remarques de Franco ne restèrent pas isolées. Rousset publia bientôt son *Hysterotomotokie*, où il inséra trois observations de hernies étranglées opérées par l'incision ([1]). Étranger à toute théorie sur la nature de

([1]) Roussot, *Traité nouveau de l'hysterotomotokie ou enfantement*

l'étranglement, et attaché seulement à démontrer que l'incision du péritoine n'est pas mortelle, il rapporta ces faits sans commentaires, ce qui leur donne pour nous une grande valeur. Le premier malade avait les intestins distendus par des vents et des excréments. Rien de pareil n'existait sur le second. Quant au troisième, son histoire est tellement écourtée qu'il n'est pas fait mention des intestins. Gaspard Bauhin, qui traduisit en latin le livre de Rousset, en y ajoutant des observations qui lui étaient propres, cita encore une opération de hernie étranglée (*intestina capta*), dans laquelle les intestins furent trouvés distendus par des gaz [1]. Il n'est pas sans intérêt de voir pour la première fois, dans ces observations, la maladie qui nous occupe désignée sous un nom spécial ; c'est dans la langue vulgaire que ce nom avait pris naissance, *quos vulgo captivos aut iliacos vocant;* de plus, les lithotomistes herniaires employaient une expression différente, quoique analogue, *quod isti incarcerationem intestinalem vocant*. Ainsi l'engouement était dans les livres, mais dans le langage des praticiens on voyait déjà poindre la première idée de l'étranglement.

Je n'ai pas parlé d'A. Paré. Son livre, en effet, n'introduisit pas de nouveaux éléments dans la question de l'engouement. Sa description des accidents

cesarien. Paris, 1581, in-8, p. 60. — Édition latine de Paris, 1590, in-8, p. 206 et 19.

[1] Fr. Rosseti Υστεροτομοτοκια, traduction latine de Bauhin, Bâle, 1592, in-8, p. 228 à 233.

des hernies est tracée de main de maître et l'emporte de beaucoup en précision et en clarté sur celle de Franco. Mais pour la nature de la maladie, ce sont toujours des excréments et des ventosités accumulées dans la hernie.

Pigray va nous fournir un document nouveau et précieux (1612). Il parle de l'opération de la hernie, et la décrit à peu près comme Paré et Franco. Mais il ajoute que quelquefois, l'arrêt des matières fécales vient de ce que « le boyau est tourné » dans la hernie. Il faut donc, après l'incision, « retourner le boyau en » son naturel; lequel, s'il estoit plein de vents et que » cela empeschast l'operation, on le pourroit percer » auec une aiguille pour les faire sortir, sans aucun » peril (1). » Pigray reconnaît donc qu'il peut y avoir des gaz dans l'intestin, que la torsion de l'anse intestinale peut être la cause des accidents; et cependant, précisément dans le même chapitre, en parlant de l'étiologie, il expose sans aucune restriction la théorie de l'engouement avec une clarté et une assurance qui n'avaient pas encore été égalées, tant était grande à cette époque la force de l'autorité. Ce passage mérite d'être rapporté :

« Il aduient quelquefois à ceux qui ont porté long- » temps une hergne, qu'il se fait une telle dilatation » des parties que le boyau tombe pour bien peu d'ef-

(1) Pigray, *Epitome des préceptes de médecine et de chirurgie*, trad. franç. Rouen, 1638, in-12, p. 289. (La 1re édit. latine est de 1612.)

» fort auec portion de matière fecale, laquelle souuent » s'endurcit et s'accroist de telle sorte qu'il ne peut » rentrer par l'orifice où il est passé. »

Il était démontré depuis Franco qu'on peut trouver des gaz dans les hernies, et les anciens avaient annoncé qu'on y trouvait des matières fécales endurcies. Joseph Couillard (1640) crut devoir témoigner à sa manière de son respect pour ces autorités : « Ce seroit, toutes fois, » vn excez de temerité et vn effet de peu de modestie » de taxer les decrets bien et meurement digerez » de ces grandes lumieres, qu'il faut plustot admirer » que reprendre [1]. » C'est pourquoi Couillard, afin d'admirer tout le monde, et de ne reprendre personne, décrivit isolément, comme deux maladies distinctes, l'engouement gazeux et l'engouement solide ; il établit entre ces deux affections une sorte de parallèle, donna les moyens de les diagnostiquer et indiqua le traitement qui convient à chacune d'elles [2].

Voilà où en était la question au milieu du XVIIe siècle. Erreurs, contradictions, distinctions subtiles, confusions regrettables, tout cela formait dans la science un véritable chaos. Mais une révolution se préparait, la plus rapide et la plus complète qui ait jamais remué l'intelligence humaine. Descartes venait d'affranchir la pensée ; le principe de l'autorité était abrogé.

[1] Joseph Couillard, *Le chirurgien opérateur*. Lyon, 1640, in-12, p. 135.

[2] Couillard, *loc. cit.*, p. 141-142.

L'esprit humain, délivré de ses entraves, prit son essor dans de nouvelles voies, et les sciences médicales, auxquelles Descartes avait fait une si large part dans sa philosophie, furent les premières à ressentir l'influence de la nouvelle doctrine.

La découverte de la circulation, celle des vaisseaux lymphatiques, venaient de donner la clef d'un grand nombre de phénomènes jusque-là mystérieux. Éblouis par les résultats inattendus que ces découvertes renfermaient, les médecins crurent pouvoir expliquer d'une manière mécanique tous les actes de la santé et de la maladie. La chémiatrie s'empara de la médecine; la chirurgie devint la proie des iatro-mécaniciens. La partie était belle pour ces derniers. L'intervention incontestable des actions mécaniques dans la production d'un grand nombre d'affections chirurgicales permettait d'espérer que les lois de la physique rendraient compte de tous les phénomènes morbides. En peu d'années, la pathologie externe fut reconstituée de fond en comble; et, pendant que Petit préparait son célèbre *Traité des maladies des os*, la doctrine des hernies subissait de profondes modifications.

Mais il faut procéder par ordre, car les nouvelles idées sur les hernies ne se développèrent pas brusquement. Il s'écoula une trentaine d'années entre le moment de leur première apparition et celui de leur triomphe définitif sur les idées anciennes.

Galien avait vaguement indiqué la bifurcation du

tendon du muscle oblique externe de l'abdomen [1]. Ce passage était oublié, lorsque Fallope [2] découvrit l'anneau inguinal externe, et le désigna sous le nom de *foramen chordæ* [3]. Toutefois cette description ne fit pas fortune; car, en 1628, dans son *Anthropographie*, Riolan crut devoir féliciter Vésale de n'avoir pas parlé de cette prétendue ouverture [4].

Mais Riolan revint plus tard de son erreur. En 1648, dans son *Encheiridium anatomicum*, il décrivit d'une manière assez précise l'ouverture du muscle grand oblique, et la désigna sous le nom de *foramen*, en français *anneau*. Il ne s'arrêta même pas en si beau chemin, et il décrivit encore un anneau pour le petit oblique. et un troisième pour le transverse; en tout trois anneaux qui ne se correspondaient pas directement, circonstance propre à rendre plus difficile la production des hernies [5].

Cette description mêlée d'erreur et de vérité fructifia aussitôt. Les applications pratiques se présentèrent en foule à l'esprit de Riolan. Notez que Riolan

(1) Galien, *Admin. anat.*, lib. 5, cap. 9, édit. Froben. Bâle, 1549, in-fol., t. I, col. 325.

(2) *Fallopii opera omnia*. Francfort, 1584, in-fol., p. 433, l. 47.

(3) *Chorda* est le nom sous lequel Fallope désigne l'arcade fémorale.

(4) Riolan, *Anthropographia*. (Dans *Opera anatomica*.) Paris, 1649, in-fol., p. 83. La 1re édition de l'*Anthropographia* est de 1628.

(5) Riolan, *Encheiridium anatomicum*. Paris, 1658, in-12, p. 96, 167, 398.

était médecin, et très médecin; car il fit une rude guerre aux chirurgiens en général, et aux chirurgiens de Saint-Côme en particulier (1). Il est donc probable qu'il n'avait guère étudié les hernies. Mais à cette époque il était permis de parler de ce qu'on ne connaissait pas. Riolan donc, en parlant des trois anneaux des muscles de l'abdomen, indiqua qu'ils donnaient passage aux hernies et qu'ils pouvaient les étrangler. *Hœc foramina in herniis scroti effringuntur, lacerantur aut dilatantur, quœ diligenter observanda in reductione intestini in inguine* strangulati.

Voilà donc l'étranglement herniaire indiqué pour la première fois sous le nom qu'il porte aujourd'hui. Riolan ajoute que, dans l'opération de la hernie, il faut débrider l'anneau inguinal externe : *Istud foramen incisione dilatari debet ad reducendum intestinum* (2). Mais cela ne suffit pas. Il est possible qu'après ce débridement on réduise l'intestin entre les aponévroses des muscles de l'abdomen au lieu de le réduire dans le ventre. Pour éviter ce malheur, on devra débrider les trois anneaux, y compris celui du muscle transverse : *Discindi debet foramen tendinis* postremi *ut intestinum intra capacitatem abdominis repellatur* (3).

A partir de ce moment, on avait enfin un mot pour

(1) Riolan, *Gigantomachie pour répondre à la Gigantosteologie, par un escholier en médecine*. Paris, 1613, in-8.

(2) Riolan, *Ench. anat.*, édit. cit., p. 398.

(3) *Loc. cit.*, p. 167.

désigner l'état des malades atteints d'accidents produits par les hernies. Ce mot, c'était *l'étranglement*, et nous le trouvons dans le livre de Nicolas Lequin [1], qui parut en 1665. Avant cette époque, il est vrai, il y avait des mots usités dans la langue vulgaire, entre autres le mot étrange de *trousse-galand* [2], mais aucune expression n'avait encore pris racine dans la science.

Il n'est personne depuis cette époque qui n'ait parlé de l'étranglement; toutefois l'engouement n'avait pas encore perdu tout droit de domicile. Blégny, après avoir parlé de l'étranglement, ajoute que le taxis peut encore être rendu difficile ou impossible par l'accumulation de matières fécales endurcies, ou par l'inflammation du contenu de la hernie [3]. Ainsi l'engouement n'occupait plus la première place, il était relégué sur le second plan, c'est-à-dire qu'il était bien près de disparaître.

En effet, Verduc, le premier et le plus pur représentant de la chirurgie cartésienne, ne parla plus de l'engouement. Il rapporta tout à l'étranglement [4]. Il ajouta, il est vrai, qu'il *pouvait* y avoir dans l'intestin des gaz et des excréments, mais il n'attacha presque aucune importance à cette complication.

(1) Nicolas Lequin, *Traité des hernies ou descentes*. Paris, 1665, in-12, p. 9.

(2) Nicolas Lequin, *loc. cit.*, p. 3.

(3) Blegny, *L'art de guerir les hernies*. Paris, 1688, in-12, p. 107.

(4) J.-B. Verduc, *Pathologie de chirurgie*. Paris, 1694, in-8, t. II, p. 912.

Depuis cette époque, et pendant plus d'un demi-siècle, il n'est plus question en France de l'engouement des hernies. Littre, Méry, Saviard, Ledran, Arnaud, n'en font aucune mention. On en trouve encore quelques vestiges en Allemagne. Ainsi Mauchard le range parmi les sept causes de l'étranglement herniaire (1); mais il est clair que le règne de l'engouement est fini. On ne se contente pas de le passer sous silence, on invoque contre lui des arguments irrécusables. Sharp fait observer que les hernies sont presque toujours formées par l'intestin grêle, que les matières contenues dans cet intestin sont liquides et ne peuvent, par conséquent, former aucune obstruction (2).

Les choses en étaient là, lorsque l'Académie de chirurgie commença ses travaux. Jaloux de se montrer dignes de la faveur qu'on leur accordait, et de prouver que les chirurgiens n'étaient pas à jamais voués à l'ignorance, les membres de cette illustre assemblée reprirent la lecture des auteurs anciens, trop négligée depuis un siècle. Ils ne tardèrent pas à s'apercevoir que la doctrine nouvelle de l'étranglement s'accordait peu avec les descriptions classiques. Il s'agissait de fixer la science à cet égard et de tout

(1) Dav. Mauchart, *Dissert. de Herniâ incarceratâ*. Tubinge, 1722, in-4, p. 15.

(2) Sharp, *Traité des opérations de chirurg.*, tr. franç., par Jault. Paris, 1741, in-12, p. 102. La 1re édition anglaise est de 1737.

concilier. Ce fut Goursaud qui se chargea de cette tâche.

Le mémoire de Goursaud parut en 1768, mais il est d'une date un peu antérieure [1]. L'auteur établit deux catégories d'étranglements : l'une par inflammation, l'autre par *engouement*. Le mot *engouement*, à ma connaissance, n'avait pas encore été employé. L'engouement, c'est-à-dire l'accumulation de matières dans l'intestin, détermine un gonflement à la suite duquel l'intestin s'étrangle dans l'anneau. Je n'exposerai pas ici les signes indiqués par l'auteur comme caractérisant cette forme d'étranglement; cette description correspond exactement à celle que je donnerai plus loin de l'inflammation des hernies. Mais j'insisterai davantage sur l'état anatomique des parties. Goursaud indique d'abord que l'engouement n'a lieu que « dans les hernies anciennes où les ouvertures » par lesquelles les parties s'échappent, ont acquis par » degrés une dilatation assez considérable [2]. » Or, un pareil état des anneaux est-il de nature à empêcher la rentrée des excréments? Que les intestins soient dans un état d'atonie, on peut à la rigueur l'admettre, quoique la chose soit difficile à démontrer. Mais le taxis du moins devrait réussir. Il n'en est rien, et les observations de Goursaud montrent que plusieurs fois

(1) Goursaud, *Remarques sur la différence des causes de l'étranglement dans les hernies*. (*Mém. de l'Acad. de chirurg.*, 1768, t. IV, p. 243.)

(2) *Loc. cit.*, p. 247.

on se crut obligé d'en venir à l'opération. Voyons donc dans quel état on trouva le contenu des hernies. Deux fois (obs. V et VI) il est dit que l'intestin renfermait des matières; mais on n'ajoute pas que ces matières fussent dures, condition indispensable pour expliquer l'irréductibilité. Une autre fois (obs. IX) il n'y avait dans l'intestin qu'un peu d'air et de matière; c'était l'épiploon qui constituait la plus grande partie de la tumeur. Une autre fois, enfin, on trouva tout autre chose encore; et cette observation, qui était propre à désillusionner un esprit non prévenu, mérite d'être commentée.

Une femme des Petites-Maisons avait une hernie étranglée par engouement. Goursaud réduisit une partie de la tumeur. Le reste fut irréductible; les accidents persistèrent, et le tout se termina par une autopsie. La hernie, au dire de l'auteur, était primitivement une entéro-épiplocèle. L'intestin avait été réduit par le taxis, l'épiploon seul était resté dans le sac. Les intestins étaient parfaitement sains, mais l'épiploon de la hernie était *enflammé et dans une disposition gangréneuse* [1]. Ainsi on trouve l'intestin sain et l'épiploon malade; on en conclut que la maladie *a été* un engouement. Mais alors pourquoi les accidents ont-ils continué à s'aggraver après la réduction? Est-ce parce que l'épiploon était malade? La maladie n'était donc pas un engouement, à moins que ce ne fût un engouement de l'épiploon!

(1) *Loc. cit.*, p. 255, obs. 8.

On voit combien étaient fragiles les bases sur lesquelles reposait le travail de Goursaud. Comment se fait-il donc que la doctrine qui y est exposée ait été acceptée avec une si grande faveur et soit devenue aussitôt classique? C'est parce que Goursaud venait pour la première fois de diviser *bien nettement* en deux ordres les accidents des hernies, et qu'il venait de combler une lacune réelle. Il avait montré d'une manière irrécusable que les accidents marchent tantôt avec une rapidité effrayante et tantôt avec une assez grande lenteur; il venait d'établir cette grande division qui est bien réelle, et qui a donné lieu plus tard aux mots *étranglement aigu, étranglement chronique*. Il disait, au lieu de cela, étranglement par inflammation, étranglement par engouement. La théorie était fausse, mais le fait était vrai. Certes, cette distinction avait déjà été entrevue, mais elle n'avait pas encore été formulee d'une manière aussi évidente. Surtout on n'en avait pas encore déduit avec précision des conséquences thérapeutiques. Goursaud avait fait faire un progrès à la science. Qu'importe, après tout, une théorie de plus? Aujourd'hui la théorie chancelle, mais le progrès est resté.

Le XVIII[e] siècle s'écoula sans réclamation. Une voix s'éleva au commencement du XIX[e], mais elle ne fut pas entendue. Brasdor fils communiqua, le 27 thermidor an IX, à la Société de médecine de Paris, une observation de hernie étranglée par engouement, et il y ajouta quelques remarques sur la nature de cet

accident ([1]). Pour lui, l'état d'engouement n'est qu'*une abstraction théorique*, qu'*une supposition*. L'engouement n'existe jamais sans inflammation; si l'étranglement en est la conséquence, c'est à l'inflammation qu'il est dû et non point à l'engouement; Brasdor termine en disant « qu'il est très difficile » d'établir une doctrine fixe sur ce point extrême- » ment variable de l'art. »

Ces remarques passèrent inaperçues; la doctrine de l'engouement continua à réunir les suffrages, et Boyer l'exposa avec sa lucidité habituelle dans son livre éminemment classique : « Les matières fécales » s'amassent d'autant plus facilement dans l'anse in- » testinale déplacée, qu'elle n'est point soumise à l'ac- » tion alternative des muscles abdominaux et du dia- » phragme. Les excréments ne trouvent pas autant » de résistance pour y pénétrer que pour en sortir. » Aussi remarque-t-on habituellement dans les her- » nies anciennes qu'il y a toujours accumulation d'ex- » créments dans la hernie ([2]). » Ainsi la doctrine était régularisée ; l'explication physiologique était trouvée, et certes il était difficile, *à priori*, de ne pas se rendre à ces arguments. Aussi retrouvons-nous l'engouement dans tous les traités modernes, plus inattaquable, plus incontesté que jamais.

C'est ce qui explique sans doute pourquoi M. O'Beirne

([1]) *Journal de Sédillot*, t. XII, p. 49 et 50.

([2]) Boyer, *Malad. chirurg.*, première édit., t. 8, p. 76 et 77. Paris, 1822, in-8.

ne souleva aucune réclamation lorsqu'il ressuscita une idée déjà ancienne, et lorsqu'il théorisa l'étranglement herniaire par *engouement gazeux* (1). Voici de quelle manière M. Gosselin a exposé cette théorie dans sa thèse de concours (2) : « Au moment où une anse intestinale se déplace pour venir dans une hernie, le diaphragme et les muscles abdominaux poussent avec violence un courant de gaz dans sa cavité; l'intestin se dilate rapidement, se trouve poussé contre les bords résistants de l'anneau qui fait obstacle, et il ne peut plus repasser dans l'abdomen. En même temps l'action des grands muscles expulseurs maintient un courant de gaz dans les bouts supérieur et inférieur, et produit ainsi un nouvel empêchement à la réduction, empêchement que ne peut vaincre l'anse intestinale privée de la ressource des muscles abdominaux et du diaphragme. »

J'ajouterai que M. O'Beirne a cru donner une sanction pratique à cette théorie, en invoquant d'assez méchantes expériences faites avec l'intestin d'un cadavre, une carte trouée et un soufflet. Et laissant de côté ce dernier détail, il y a dans son travail des matériaux dont on peut tirer parti pour expliquer certains phénomènes qui accompagnent la première apparition de l'étranglement. Mais au point de vue de

(1) O'Beirne, dans *Dublin Journal of Medical Sciences*. Septembre 1838, p. 92.

(2) Gosselin, *De l'étranglement dans les hernies*. Thèse du concours de l'agrégation, 1844, p. 25.

l'engouement, c'est la théorie de Boyer appliquée aux idées de Goursaud, avec l'hypothèse de Franco sur les *flatuositez et autres choses venteuses.*

Cela se passait en 1839 : la doctrine de l'engouement était arrivée à l'apogée de sa gloire ; mais une réaction se préparait, qui devait en faire pâlir l'éclat.

En 1840, M. Malgaigne lut à l'Académie de médecine son *Examen des doctrines sur l'étranglement des hernies* (1). Ce mémoire, entièrement historique et critique, porta un rude coup à la doctrine de l'engouement. Montrer d'où venait cette doctrine, et comment aux diverses époques, depuis Praxagoras jusqu'à nos jours, on l'avait pliée aux exigences de l'école, c'était déjà l'ébranler dans sa base. Mais cela ne pouvait suffire pour la renverser. Ce n'est pas, disait-on, en remuant la poussière des bibliothèques, qu'on peut éclairer des questions purement cliniques. M. Malgaigne répondit en publiant son *Mémoire sur le pseudo-étranglement* (2). Cette fois l'auteur, laissant de côté l'histoire, n'invoquait que l'observation des malades.

Est-il vrai, se demande d'abord M. Malgaigne, que la circulation des matières fécales se fasse avec dif-

(1) Malgaigne, *Examen des doctrines reçues jusqu'à ce jour sur l'étranglement des hernies*. Acad. de méd., 13 juillet 1840. Dans *Gaz. méd.*, 1840, p. 577, 609 et 640.

(2) Malgaigne, *Du pseudo-étranglement ou de l'inflammation simple dans les hernies* (*Arch. gén. de méd.*, 1841, 3e série, t. XII, p. 195 et 289).

ficulté dans les hernies non étranglées? L'expérience répond que non. Examinez sur le vivant, cherchez sur le cadavre, et jamais, dans les hernies les plus volumineuses, vous ne trouverez plus de matières que dans les anses voisines. Mais du moins, les excréments *solides* que renferme le gros intestin ne pourront-ils pas s'accumuler dans cet organe hernié plus aisément que les *feces* liquides qui occupent l'intestin grêle ? Non encore ; et l'auteur cite entre autres l'observation d'un homme atteint d'une hernie volumineuse. A l'autopsie, on trouva dans le sac une anse de l'S iliaque, longue de 20 centimètres, et ne renfermant qu'un seul crottin, tandis qu'il y en avait beaucoup dans le reste de l'intestin. Ainsi les arguments théoriques de Boyer ne résistent pas à l'examen des faits.

Ceci n'est qu'une partie de la question. Il est possible que l'explication soit mauvaise et que le fait soit réel. Ce sont les opérations pratiquées sur des hernies étranglées, qui fourniront des preuves décisives pour ou contre l'engouement. Or, que trouve-t-on en pareil cas dans l'intestin ? Dans l'intestin grêle, quelques gaz, quelque peu de matières fécales tout à fait liquides, rien en un mot qui puisse expliquer les accidents. Lorsque la hernie est formée par le gros intestin, elle est encore presque toujours vide; et M. Malgaigne, après avoir beaucoup cherché, n'a pu trouver dans la science qu'une seule observation, celle de M. Goyrand, d'Aix, dans laquelle une hernie du côlon, engouée depuis huit jours, renfermait une

grande quantité de matières stercorales *très consistantes*. Mais un fait aussi exceptionnel ne peut rendre compte de la fréquence des engouements herniaires.

Que conclure de là? La maladie désignée sous le nom d'*engouement*, et dont les symptômes ont été si bien décrits par Goursaud, n'existe-t-elle donc pas? Oui, certes, elle existe, et elle est même, suivant M. Malgaigne, plus commune que l'étranglement véritable. Seulement elle n'est pas due à l'engouement; et la preuve, c'est qu'elle se présente aussi bien dans les épiplocèles que dans les autres espèces de hernies. Je ne reproduirai pas les observations sur lesquelles l'auteur fait reposer cette dernière assertion; ces observations demandent à être lues en entier, et perdraient à être résumées ici. Il n'y a en effet que l'exposition minutieuse des symptômes qui puisse prouver que les accidents produits par ces épiplocèles étaient bien ceux dont l'ensemble constitue l'état dit d'engouement. Je ne rappellerai ici que l'observation V. Il s'agit d'une opération pratiquée pour une hernie datant de dix jours, et *étranglée par engouement*. Le malade mourut; à l'autopsie, on trouva que l'intestin était étranger à la hernie, que la tumeur était formée par l'épiploon, et que cet épiploon était simplement enflammé, *sans aucun étranglement*.

De cette observation, et de quatorze autres qui l'accompagnent, M. Malgaigne conclut que l'engouement des hernies, ou plutôt que l'étranglement par engouement, est un être de raison, et que les sym-

ptômes qu'on lui attribue doivent être rapportés à l'inflammation des hernies.

J'adopte pleinement cette dernière conclusion ; je reconnais que, dans l'immense majorité des cas, ce qu'on appelle engouement n'est pas de l'engouement ; mais peut-être M. Malgaigne a-t-il été un peu trop absolu dans ses dénégations.

La question, à mon avis, doit être divisée pour être résolue.

1° Les matières fécales liquides et les gaz intestinaux peuvent-ils s'arrêter dans une hernie et y provoquer des accidents ?

2° Les matières solides peuvent-elles s'arrêter dans une hernie et y provoquer des accidents ?

I. A la première question, je répondrai formellement par la négative ; la seconde, au contraire, demandera quelques restrictions.

Il n'est pas rare de trouver dans une hernie *plus ou moins* étranglée une distension considérable de l'intestin par des matières liquides ou gazeuses. Ce phénomène se trouve constaté dans les observations les plus anciennes. Ainsi, dans le cas de Bauhin, il est dit expressément que les intestins étaient distendus par des gaz, à tel point que cela gêna beaucoup l'opération, et rendit la réduction très difficile [1]. De même, dans une observation rapportée par Nuck, l'anse intestinale

[1] Roussel, Υστεροτομοτοκια, trad. lat. de Bauhin. Bâle, 1592, in-8, p. 228 à 233.

renfermait une énorme quantité de matières liquides. Il s'agissait d'une femme de quarante ans qui avait succombé au bout de quatre jours à des accidents provoqués par une hernie inguinale. A l'autopsie on disséqua la hernie, et l'on ouvrit l'intestin par mégarde. Un jet de matières stercorales très liquides s'échappa aussitôt par cette ouverture, et rejaillit sur les habits des assistants. *Facta itaque cutis leviori incisione, statim, quasi cum impetu, excrementa prorupere, vestimenta adstantium conspurantia* [1]. Je n'ai pas besoin d'accumuler les citations, car, je le répète, ces faits ne sont pas rares; mais il s'agit de les interpréter. L'engouement liquide ou gazeux de la hernie est-il, en pareil cas, la cause ou l'effet des accidents? Je n'hésite pas à dire qu'il en est l'effet. Dans la péritonite, on trouve aussi les anses intestinales distendues à un haut degré par des gaz, par des liquides; dans l'étranglement herniaire, on constate encore le même résultat sur le bout supérieur de l'intestin, c'est-à-dire que l'inflammation intestinale a pour conséquence de pervertir et d'exagérer les sécrétions de la membrane muqueuse. N'est-il pas naturel qu'un pareil phénomène se produise aussi dans une hernie enflammée ou étranglée? Dans ce dernier cas, dans le cas d'étranglement, il arrive souvent que la circulation veineuse est plus compromise que la circulation artérielle, et que des exhalations passives en sont la conséquence.

(1) Nuck, *Adenographia curiosa et uteri fœminei anatome nova*. Leyde, 1722, in-12, p. 137 à 138. La première édition est de 1692.

Que ces matières s'accumulent dans l'anse herniée, cela n'a pas lieu de surprendre, car indépendamment des obstacles qui peuvent exister à l'entrée de la hernie, on sait que l'inflammation diminue singulièrement la contractilité intestinale. Mais ce qui serait vraiment surprenant, ce qui ne pourrait être admis que sur des preuves multipliées, ce serait l'irréductibilité d'une hernie, résultant primitivement et exclusivement d'un engouement gazeux ou liquide ; ce serait la distension considérable et permanente d'une anse intestinale qui communique encore librement avec la cavité abdominale, et qui renferme seulement des matières fluides.

En d'autres termes, l'engouement gazeux ou liquide peut être la conséquence de l'inflammation ou de l'étranglement d'une hernie, mais dans l'état actuel des choses il ne saurait être considéré comme en étant la cause. J'admets donc l'engouement par suite d'étranglement ou d'inflammation, mais je rejette entièrement l'étranglement ou l'inflammation par suite d'engouement liquide ou gazeux.

J'arrive donc à la seconde question : *Les matières solides peuvent-elles s'arrêter dans une hernie et provoquer des accidents?*

Les matières solides qui peuvent se rencontrer dans l'intestin sont très diverses. Les unes viennent du dehors : ce sont des corps étrangers introduits avec les aliments. Les autres se forment dans l'intérieur du corps, et parmi ces dernières je citerai tout particuliè-

rement les fécès endurcies du gros intestin, et les helminthes du tube digestif.

Pour que ces matières solides s'arrêtent quelque part dans l'intestin, pour qu'elles y provoquent des accidents, pas n'est besoin de l'existence d'une hernie. Je n'ai pas à fournir ici les preuves de cette assertion. Les tumeurs stercorales de la fosse iliaque gauche et les symptômes qu'elles développent sont aujourd'hui bien connus, et les observations de corps étrangers arrêtés dans un point quelconque de l'intestin sont trop nombreuses aussi pour qu'il soit nécessaire de les rappeler. Les vers lombrics eux-mêmes, surtout chez les jeunes enfants, peuvent former dans l'intestin grêle des pelotons capables d'intercepter presque complétement la circulation des fécès, et de déterminer des accidents mortels (1). M. de Castelnau a bien voulu me communiquer plusieurs observations de ce genre, qu'il a recueillies sur des enfants âgés de quelques mois pendant son internat à l'hôpital de Lourcine, dans le service de M. Nélaton.

Eh bien, ce qui est possible dans l'intestin normal l'est à plus forte raison dans l'intestin que renferme une hernie. L'anse herniée décrit une courbe rapide qui se prête difficilement à la progression des corps étrangers d'un certain volume, et de plus, quelque larges que soient l'ouverture du sac et celle des anneaux, il est clair qu'à ce niveau l'intestin ne se

(1) Voyez des cas de ce genre dans le *Moniteur des hôpitaux*, numéro du 14 juin 1856. (*Note de la 2e édition.*)

prête pas aussi facilement qu'ailleurs à cette dilatation, qui est nécessaire pour favoriser le passage d'un corps volumineux. Mais je m'aperçois que, sans le vouloir, je fais de la théorie. Je préfère passer tout de suite à l'exposition des faits.

J'ai trouvé un grand nombre d'observations prouvant que des corps étrangers plus ou moins pointus peuvent s'arrêter dans les hernies et y provoquer des accidents. Parfois la pointe s'engage dans l'épaisseur des tuniques intestinales, détermine une adhésion péritonéale, et parvient jusque sous la peau sans troubler notablement les fonctions digestives. Puis un abcès se forme et le corps étranger s'échappe à l'extérieur. C'est à peu près ainsi que les choses se passèrent dans un cas de Carbonneau [1], et dans d'autres cas plus curieux encore, rapportés par Amyand [2] et par Astley Cooper [3]. Dans tous ces cas les fécès ont continué sans interruption à franchir la hernie. Il est clair, par conséquent, que la présence d'un corps pointu, comme une épingle ou une patte d'oiseau, n'est pas de nature à interrompre la circulation des matières fécales.

Et cependant il existe dans la science un assez bon

[1] Carbonneau, dans *Nouvelles de la république des lettres*, Amsterdam, 1686, p. 1257.

[2] Planque, *Biblioth. choisie de médecine*, t. V, p. 426. Paris, 1759, in-4.

[3] A. Cooper, *Œuv. chirurg.*, trad. Chassaignac. Paris, 1837, in-8, p. 232, obs. 191.

nombre d'observations, dans lesquelles les corps étrangers *retenus dans les hernies* ont déterminé des accidents graves ou même mortels, semblables à ceux qu'on attribue à l'étranglement. Témoin ce rôtisseur dont parle J.-L. Petit, et dont l'histoire est rapportée par Hévin avec quelques détails de plus. Cet homme, atteint d'une hernie réductible, éprouvait les phénomènes les plus graves ; douleurs très vives, vomissements très violents. Son état était si fâcheux que J.-L. Petit ne consentit qu'à grand'peine à pratiquer une opération. Ayant ouvert le sac herniaire, le chirurgien trouva l'intestin perforé par « un pied » d'alouette tout entier que le malade avait avalé par » gloutonnerie (1). » Une autre fois, J.-L. Petit, opérant une hernie extrêmement volumineuse (plus d'un pied de circonférence), ancienne et depuis longtemps irréductible, trouva l'intestin percé par une pointe d'épingle, et le sac rempli de matières fécales. La malade éprouvait depuis plusieurs jours des symptômes d'étranglement (la douleur, dit J.-L. Petit, et tous les accidents) (2).

Boismortier opère, dans des conditions analogues, une exomphale ; il y trouve un épi de blé dont la pointe avait perforé l'intestin (3). Wincler ouvre le

(1) J.-L. Petit, *Maladies chirurgicales*, article *hernies*. Dans ses œuvres complètes, éd. Pigné. Limoges, 1838, in-8, p. 623. — Et Hévin, *Mém. sur les corps étrangers de l'œsophage* (*Mém. Acad. de chirurgie*), 1743, t. I, p. 602, in-4.

(2) J.-L. Petit, *loc. cit.*, p. 625.

(3) Hévin, *Mém. Acad. de chirurg.*, t. I, p. 602.

cadavre d'une personne qui avait succombé aux accidents produits par une hernie; il trouve dans le sac le cæcum et une partie de l'iléon. Plusieurs os de poulet étaient arrêtés au-dessus de la valvule iléo-cæcale [1].

De ces observations et de plusieurs autres, il résulte que les accidents dits d'engouement, ou d'étranglement par engouement, peuvent être la conséquence de l'arrêt d'un corps étranger dans une hernie. Mais faut-il les attribuer à l'action mécanique de ce corps étranger, à l'obstruction qu'il peut produire? Certainement non. L'observation de Carbonneau prouve que la liberté et la contractilité de l'intestin ne sont pas compromises par la présence d'une épingle. Quelle est donc la cause des accidents dans les autres observations? Ce ne peut être que l'inflammation. Tout le monde sait combien est capricieuse la marche des corps étrangers. Tantôt ils traversent les tissus en silence, et tantôt ils y font éclater une inflammation violente. Une épingle s'arrête dans une hernie, s'engage dans l'épaisseur de l'intestin, perfore le sac, perfore la peau; aucun accident ne se produit. Une autre, au contraire, s'accompagne d'inflammation, et aussitôt on voit éclater les signes de ce qu'on appelle l'engouement.

J'ai commencé à dessein par parler des corps étrangers de petit volume. Si maintenant nous voyons des

[1] Bonnet, *Medicina septentrionalis*, lib. III, sect. 15, cap. 7, in-fol. Genève, 1684.

accidents identiques provoqués par des corps étrangers plus volumineux, n'aurons-nous pas le droit d'en conclure que les accidents, dans ces deux cas, sont dus à la même cause, c'est-à-dire à l'inflammation ?

Il y a quelques années, mon père fut appelé dans un village voisin de ma ville natale pour y donner des soins à un malade qui présentait depuis plusieurs jours les signes classiques de l'engouement. Cet homme, atteint depuis quelques années d'une hernie crurale qu'il avait négligée, éprouvait de vives douleurs dans le ventre, de la constipation et des vomissements stercoraux. En même temps sa tumeur était devenue douloureuse, plus grosse et plus dure qu'auparavant. On avait appliqué de simples cataplasmes pour tout traitement. Lorsque mon père souleva le cataplasme pour examiner la tumeur, il ne fut pas peu surpris de trouver la peau ulcérée et inondée de matières fécales. Un gros ver lombric, encore vivant, sortait en partie à travers la plaie. On l'enleva et il s'en présenta un second d'une dimension peu commune. On continua les cataplasmes. Les accidents s'apaisèrent promptement, et la plaie se cicatrisa bientôt d'une manière complète.

Mercier (1), Muralto (2), d'autres encore (3) ont

(1) Mercier, dans *Journal de Sédillot*, an X, t. 13, p. 194.

(2) *Éphémérides des curieux de la nature*. Déc. 2, an III, 1684, obs. 141. Nuremberg, 1685, in-4, p. 282.

(3) *Journal de Sédillot*, t. II, p. 175. Observ. de Fages.

rapporté des observations semblables. Dans le cas de Muralto, il y avait plusieurs vers. Dans celui de Mercier, il y en avait dix. Cinq de ces animaux, encore vivants, formaient un peloton assez volumineux qui ne put sortir par l'ouverture de la peau, et qui rendit le débridement nécessaire.

D'autres fois ce sont des corps étrangers d'un volume peu considérable, qui s'accumulent en grand nombre dans une hernie et y provoquent des accidents.

Farcy est appelé auprès d'un portefaix qui avait, depuis huit ans, une hernie réductible, mais non maintenue. Cette hernie, jusque-là peu volumineuse, était devenue tout à coup grosse comme le poing, douloureuse, dure et irréductible. Le malade vomissait sans cesse. On diagnostiqua un engouement. Pendant quatre jours il n'y eut pas une seule garde-robe, mais au bout de ce temps les selles se rétablirent. Cependant la tumeur restait stationnaire; c'est pourquoi, le quatorzième jour, Farcy pratiqua une incision. Il ouvrit le sac, puis l'intestin, et fut fort étonné d'en retirer seize os de pied de mouton que le malade, dans sa gloutonnerie, avaient avalés la veille de son accident. Je passe sous silence quelques excentricités de l'observation. L'homme finit par guérir sans fistule stercorale (1).

J.-L. Petit a trouvé une autre fois plusieurs os de

(1) Acad. des sciences, année 1723, Histoire, Observ. anat., § 7, éd. in-12, p. 41.

pied de mouton dans une hernie [1]. On a encore vu des accidents analogues déterminés par des noyaux de prune, de cerise, par des morceaux de pomme [2]. De pareils faits, rendus évidents par l'inspection directe des parties, nous permettent d'accepter comme très probables les observations de J.-L. Petit [3] et de M. Igounet [4], qui ont pu réduire des hernies engouées par des noyaux de cerise et faire ainsi cesser les accidents. Le malade de M. Igounet était un enfant de dix ans. Il vomissait déjà des matières fécales lorsque la réduction de la tumeur fut obtenue. Tout à coup il rejette par le vomissement vingt et un noyaux de cerise. Il en rend presque aussitôt seize autres par les selles, et les accidents se dissipent comme par enchantement.

Que conclurons-nous de ces observations? Les accidents ne paraissent-ils pas dus à l'obstruction intestinale? Dans ce dernier cas surtout, la disparition brusque des symptômes, à partir du moment où les noyaux de cerise ont été rendus, n'indique-t-elle pas que le passage des matières était intercepté par l'engouement? Qu'on se garde de le croire, car rien n'est moins démontré. En attribuant les accidents à l'inflammation, on comprend tout aussi bien le soula-

[1] J.-L. Petit, *OEuvres*, édit. Pigné, 1838, p. 648.

[2] Planque, *Biblioth. chois. de méd.*, t. V, p. 432. Paris, 1759, in-4, obs. de Muller.

[3] J.-L. Petit, *loc. cit.*, p. 623.

[4] *Journal de chirurg.* de Malgaigne. 1844, t. II, p. 63.

gement qu'éprouva le malade au moment où la cause de l'inflammation fut enlevée, et où la hernie fut réduite. On verra plus loin que la réduction d'une hernie *épiploïque*, simplement enflammée, peut faire aussi tout à coup disparaître les accidents. D'ailleurs, voyez l'observation de Farcy. Pendant quatre jours, vomissements, suppression des selles. On ne réduit pas la hernie, la tumeur persiste avec tous ses caractères, et cependant, malgré la présence d'un grand nombre d'os dans la hernie, les vomissements s'arrêtent et les selles se rétablissent. Comment expliquer de pareils phénomènes par la théorie de l'obstruction? Tout est fort clair, au contraire, si nous invoquons l'inflammation. Les corps étrangers enflamment la hernie, l'inflammation dure quatre jours, et, pendant ce temps, les symptômes dits d'engouement se déclarent. Puis l'inflammation tombe, et ces symptômes disparaissent. La démonstration devient complète si nous songeons à un fait qui sera mis plus loin en évidence, à savoir que l'inflammation des épiplocèles présente très souvent la même marche et les *mêmes symptômes*, sans que l'engouement intestinal y puisse prendre la moindre part.

Est-ce à dire que l'accumulation d'un grand nombre de corps étrangers dans une hernie ne puisse exercer aucune influence sur la circulation des matières fécales? Telle n'est point ma pensée; je crois, au contraire, qu'un pareil état de choses est fort nuisible aux fonctions du tube digestif. Un malade, qui présentait

une hernie grosse comme une demi-bouteille, dépérissait depuis deux mois et finit par succomber à l'hôpital de Poitiers dans un état complet d'étisie. M. Gaillard trouva dans sa hernie une grande partie du cæcum qui était très dilaté, et renfermait des os de pied de cochon et des noyaux de cerise, cimentés ensemble par une substance mollasse [1]. Voilà un engouement évident ; mais où étaient les symptômes de l'engouement ?

L'analyse précédente nous a montré : 1° que des matières solides peuvent s'accumuler dans les hernies ; 2° qu'elles peuvent donner lieu aux symptômes dits d'engouement ; 3° que ces symptômes éventuels sont dus à l'inflammation provoquée par la présence des corps étrangers et non à l'obstruction intestinale. Nous pouvons maintenant aborder avec plus de facilité l'étude de l'obstruction par les matières fécales solides.

Rares, très rares sont les observations où cette obstruction a été constatée d'une manière positive dans les hernies. M. Malgaigne n'avait pu s'en procurer qu'une seule ; M. Gosselin, dans sa thèse, en a signalé une seconde ; j'ai fini, non sans peine, par en rassembler trois autres, en tout cinq faits, proportion infime qu'on ne soupçonnerait guère si l'on s'en rapportait aux descriptions classiques.

Observation I. — Bermond, de Bordeaux, opère une hernie inguinale droite étranglée, ou présumée telle. Il débride sur

[1] Vidal, *Pathol. externe*. 2e édit., 1846, t. IV, p. 543.

l'anneau inguinal et s'efforce de réduire l'intestin. Celui-ci, c'était le cæcum, plein de matières très dures, ne peut franchir l'ouverture. Un deuxième débridement devient nécessaire, et alors, après avoir malaxé la tumeur entre ses doigts pour écraser les matières contenues, le chirurgien finit, non sans peine, par effectuer la réduction (1).

Obs. II. — Davon, chirurgien de l'hôpital militaire de Vannes, soulève une énorme eschare gangréneuse qui s'était formée sur une hernie inguinale étranglée. Parmi les débris sphacélés du sac et des aponévroses, il trouve « une grande » quantité d'aliments délayés, parmi lesquels un grand ver » strongle et un *saucisson* (sic) bien moulé de matières fécales » de trois pouces de long sur deux de circonférence (2). »

Obs. III. — Taignon trouve, chez une femme atteinte de hernie crurale, une tumeur flasque et livide, dont le sommet déjà ulcéré laisse passer des matières très fétides. Il agrandit l'ouverture et trouve un intestin *pourri*, rempli de matières fécales très dures. Quelques détails de l'observation semblent indiquer que cet intestin était un diverticulum intestinal (3).

Je rapporterai la quatrième observation avec quelques détails de plus.

Obs. IV. (M. M'Dowell.) — Homme, soixante-cinq ans, hernie scrotale gauche, volumineuse, datant de trente-cinq ans, non contenue, *toujours réductible*, jusqu'à ces derniers jours.

(1) *Bull. chirurg. du Midi*, mai 1840. — Dans *Gaz. des hôp.* 1840, p. 249 (feuilleton).

(2) *Journal de Sédillot*, 1797-8, t. III, p. 360.

(3) *Journal de Vandermonde*, 1760, t. XII, p. 351.

Depuis quatre jours, gonflement et irréductibilité, constipation. État actuel : Abdomen tendu, un peu sensible à la pression. Pouls plein, à 80. Langue humide et propre. La constipation continue. Il y a quelques nausées, mais *pas de vomissements*.

Tentatives inutiles de réduction, faites par MM. Fea et O'Beirne. Emploi infructueux du tube imaginé par ce dernier, pour extraire les gaz du côlon. Le malade est porté à l'hôpital Richmond.

M. M' Dowell pratique l'opération de la hernie. L'intestin contenu dans la tumeur est une anse du côlon. La surface de cet intestin est *considérablement congestionnée en avant*. En arrière et sur les côtés on ne peut la voir, parce qu'elle est adhérente au sac, *sa cavité est farcie* (*stuffed*) *d'excréments endurcis*. L'intestin étant adhérent, on se décide à le laisser dans la plaie ; mais du moins on cherche à le vider, par la pression, des excréments qu'il renferme. Pour y parvenir, toutefois, il devient nécessaire de diviser l'anneau dans une étendue considérable.

Réunion de la plaie par la suture. Vives souffrances pendant la nuit. Le lendemain le scrotum est très douloureux. Il n'y a ni nausées ni vomissements. Le troisième jour le malade a une évacuation alvine. Il succombe le quatrième jour.

A l'autopsie on ne trouve pas d'inflammation dans le ventre, on ne regarde pas la hernie ! On en conclut que le malade a succombé à une *irritation constitutionnelle* (*sic*) (1).

L'existence d'un engouement par des matières fécales solides n'est pas contestable dans ces quatre cas.

(1) O'Beirne, *On the Primary Causes of Strangulation*, etc. *Dublin Journ. of Med. Sciences.*, vol. 14, p. 105, 1839, observ. 3e du mémoire.

Voyons jusqu'à quel point les symptômes se sont accordés avec l'engouement décrit dans les livres.

Le malade de Bermond vomit le premier jour, puis *il ne vomit plus*. Néanmoins, sans que cette détermination soit justifiée par les détails de l'observation, on ouvre la hernie le quatrième jour. Outre l'intestin engoué, on trouve dans le sac une masse d'épiploon bosselée et rougeâtre. Ces symptômes et ces lésions se rapportent à une inflammation herniaire simple et même assez légère.

Le malade de Davon était alité depuis huit jours ; il n'avait éprouvé que des coliques, *sans constipation*, *sans vomissements*. Néanmoins l'inflammation locale avait été violente puisqu'elle avait envahi et sphacelé dans une grande étendue la peau, les muscles et les aponévroses.

Le malade de Taignon n'avait éprouvé *que des phénomènes locaux*. La perforation de l'intestin et l'ulcération de la peau s'étaient produites lentement sans accidents graves.

Enfin le malade de M. M'Dowell *n'a pas vomi une seule fois*. L'opération, que rien ne justifie, a montré que l'intestin était vivement enflammé en avant, adhérent dans le reste de son étendue, et notez que la hernie était réductible avant les accidents. Ces adhérences étaient donc récentes, et l'existence d'une péritonite herniaire ne saurait être révoquée en doute.

Dans les quatre cas, l'intervention de l'inflammation est évidente. Dans tous, cette inflammation a eu

pour point de départ un tampon de matières fécales arrêté dans une hernie. Mais, par une singulière coïncidence, dans tous les cas aussi l'inflammation est restée toute locale, elle n'a pas gagné le ventre ; trois malades n'ont pas vomi ; l'autre n'a vomi que le premier jour.

C'est-à-dire que les phénomènes de l'engouement ont manqué. Dans l'engouement, tel que les auteurs l'ont décrit, les accidents principaux se passent dans l'abdomen, au-dessus de la hernie. La hernie elle-même se gonfle, mais elle ne s'enflamme que tardivement, et la peau qui la couvre garde longtemps son intégrité. Ici, au contraire, rien dans le ventre, tout dans la tumeur. L'inflammation herniaire se propage très souvent au péritoine abdominal. Eh bien, par une singulière coïncidence, l'inflammation ici est restée locale comme sa cause, et grâce à la simplicité de sa marche, elle n'a provoqué aucun des symptômes qu'on attribue à l'engouement.

Le cinquième fait est beaucoup plus embarrassant. Il appartient à M. Goyrand, d'Aix (1).

Obs. V. — Enfant âgé de six mois. Il présente une grosse hernie inguinale gauche, devenue irréductible depuis huit jours. Depuis lors, suppression des selles, vomissements fréquents, abdomen tendu, traits altérés ; l'enfant repousse le sein.

(1) Goyrand, dans *Presse médicale* 1837, p. 180. Sur les hernies des enfants.

La tumeur scrotale est dure et douloureuse à la pression. Le taxis ne réussit pas à la réduire.

M. Goyrand se décide à opérer, le huitième jour après le début des accidents. La tumeur n'est pas congénitale ; elle est formée par le côlon iliaque, que distendent des matières stercorales très dures. « Du reste, l'intestin n'était pas en- » flammé, il avait conservé sa couleur naturelle. Il fallut » débrider largement l'anneau pour pouvoir repousser dans » les parties de l'intestin restées dans l'abdomen les matières » qui distendaient l'anse herniée. Par la pression je fis ren- » trer peu à peu ces matières, qui passaient à la filière à » travers l'anneau débridé. Quand l'anse intestinale eut été » ainsi vidée des matières qui la distendaient, elle put faci- » lement être replacée dans le ventre. Pendant le pansement » le petit malade poussa une selle. Il rendit, en quelques » instants, une grande quantité de matières stercorales très » consistantes. Après ces matières solides, vinrent des selles » liquides très abondantes. Après l'opération les vomisse- » ments cessèrent, mais des évacuations diarrhéiques exces- » sives, que rien ne put arrêter, achevèrent d'épuiser les forces » du petit malade, et le firent périr en quarante-huit heures.

» A l'autopsie, nous trouvâmes le péritoine parfaitement » sain ; le côlon iliaque, qui avait formé la hernie, aussi dé- » coloré à sa surface séreuse que le reste du paquet intesti- » nal. La muqueuse digestive était pâle. Les intestins conte- » naient une grande quantité de liquides à peine colorés en » jaune ; aucune lésion appréciable n'existait dans les or- » ganes qui avaient fourni cette sécrétion excessive. »

Voici donc enfin une observation d'engouement véritable, d'engouement seul. Y trouve-t-on la confirmation de la doctrine classique? M. Goyrand, qui croit à cette doctrine, n'en a pas jugé ainsi. Il a publié

son fait comme une *exception* à la règle. C'est qu'en effet ce fait est de tous points exceptionnel. L'âge du petit malade n'a pas peu contribué sans doute à la gravité des accidents; mais il me paraît certain que chez lui il y avait obstruction intestinale pure et simple dans la hernie. Que serait-il arrivé si l'on avait administré des lavements? Je l'ignore. Quoi qu'il en soit la circulation des matières fécales a été arrêtée; l'intestin distendu au-dessus de la hernie est devenu le siége d'une sécrétion très liquide et très abondante. Puis l'opération a amené une débâcle, et une diarrhée excessive a succédé à cette opiniâtre constipation. Des phénomènes analogues se reproduiront-ils dans des observations ultérieures? Cela est possible. Mais, d'ici là, il ne serait pas prudent de décrire l'engouement pur et simple des hernies, en y rattachant un cortége de symptômes qui jusqu'ici, à ma connaissance, ne se sont produits qu'une seule fois.

C'est-à-dire qu'après ce long exposé des faits et des doctrines, nous arrivons à cette conclusion, que l'engouement des hernies est possible, qu'il est réel ; mais que les accidents qu'on lui attribue sont dus à l'inflammation qu'il provoque;

Qu'il n'y a pas un seul fait propre à démontrer que l'engouement ait pu conduire à l'étranglement ;

Et surtout que, dans l'immense majorité des cas, ce qu'on appelle engouement herniaire n'est autre chose que l'inflammation pure et simple des hernies, sans la moindre accumulation de matières dans l'intestin.

C'est donc dans le chapitre suivant, consacré à l'inflammation des hernies, qu'on trouvera la description de l'affection désignée par les auteurs sous la dénomination trompeuse d'engouement.

CHAPITRE II.

DE L'INFLAMMATION DES HERNIES.

A proprement parler, tous les accidents des hernies s'accompagnent de phénomènes inflammatoires ; mais l'inflammation peut être combinée à un autre élément plus important qu'elle, ou elle peut constituer à elle seule tous les phénomènes locaux de la maladie. C'est dans ce dernier cas seulement que la hernie sera dite *hernie enflammée.*

§ Ier. — **Historique.**

La première indication, le premier vestige de l'inflammation des hernies se trouve dans une phrase incidente de Celse. La concision du style jette une certaine obscurité sur ce passage, que je reproduirai néanmoins à titre de renseignement.

Il s'agit du traitement des hernies scrotales. Après avoir proscrit toute opération dans le cas de hernie étranglée, et après avoir indiqué le traitement qui

convient en pareil cas, l'écrivain latin continue ainsi : *Sine dolore quoque si* multa *intestina prolapsa sunt, secari supervacuum est ; non quo non excludi a scroto possint* (nisi tamen id inflammatio prohibuit), *sed quo repulsa inguinibus immorentur ibique tumorem excitent, atque ita fiat mali non finis sed mutatio* (1). Je le répète, l'indication est vague ; mais il est difficile cependant de ne pas voir dans ce passage deux choses : 1° l'inflammation des *grosses* hernies ; 2° la difficulté ou même l'impossibilité de réduire les hernies enflammées.

J'ai montré plus haut qu'Archigène avait parlé de l'inflammation consécutive à l'engouement, et qu'à partir de cette époque, ces deux éléments, l'engouement et l'inflammation, s'étaient trouvés confondus par presque tous les auteurs dans une seule et même description, l'engouement étant toujours la cause et l'inflammation étant l'effet. — Mais il n'est pas sans intérêt de voir Aétius, simple compilateur sur la plupart des questions, se montrer ici écrivain original et émettre, dès le ve siècle, une idée qui ne devait reparaître qu'à notre époque.

Aétius commence par reproduire le chapitre de Léonidès sur les hernies intestinales ; puis, dans le chapitre suivant, il expose à sa manière l'histoire des hernies, et arrive bientôt aux accidents. Lorsqu'une hernie donne lieu à des tranchées de volvulus, il faut

(1) Celsus, *De re medica*, lib. VII, cap. 20, édit. Targa. Strasbourg, 1806, in-8, p. 422.

la réduire et la maintenir ensuite par un bandage; et Aétius ajoute : *At si partes scroto vicinæ vehementibus doloribus una cum inflammatione vexentur, tormina idem ac flatus adsint, tamdiu differenda est reductio donec quieverint.* Pendant ce temps on emploiera les onctions et les scarifications pour empêcher la gangrène [1].

Pas un mot de l'accumulation des matières fécales. Le taxis, qui est le remède souverain de l'engouement, ne doit pas même être tenté. Tout est rapporté à l'inflammation. Le traitement est purement antiphlogistique; enfin, la terminaison que l'on doit redouter, c'est la gangrène, une terminaison de l'inflammation. Il est bon de noter que la gangrène se trouve ici indiquée pour la première fois.

Cette description d'Aétius fut oubliée, et désormais l'histoire de l'inflammation des hernies se confondit avec celle de l'engouement. A la fin du XVIIe siècle, l'inflammation subit la même destinée que l'engouement, et fut assez généralement négligée; mais cela ne pouvait durer longtemps, car il est impossible de méconnaître l'intervention des phénomènes inflammatoires dans les accidents des hernies.

On a déjà vu que la première moitié du XVIIIe siècle fut une époque d'oscillation. L'inflammation réintégrée dans les descriptions s'y présenta sous des aspects différents, ici comme cause, là comme effet.

[1] Aetius, *tertr.* 4, serm. 2, cap. 24, édition H. Estienne, in-folio. Paris, 1567, col. 694, A.

En Angleterre et en Allemagne, on admettait des inflammations primitives, pouvant conduire à l'étranglement. Cette opinion se trouve dans la thèse de Mauchard (1) et dans l'ouvrage de Sharp (2). « Jus-» qu'ici, dit ce dernier auteur, j'ai considéré la » *rupture comme mobile* (3); mais il arrive fréquem-» ment que l'intestin, après avoir passé les anneaux » des muscles, s'enflamme. Cette inflammation, gros-» sissant la tumeur, empêche la rentrée de l'intes-» tin, lequel, à chaque moment, devenant de plus » en plus étranglé, tend à grands pas à la mortifica-» tion. » Il est manifeste que Sharp confond ici plusieurs éléments dans sa description; mais il est manifeste aussi que l'inflammation joue à ses yeux le premier rôle, et en date et en importance.

En France, on adopta une idée inverse : l'inflammation fut donnée comme l'effet plus ou moins immédiat de l'étranglement. On trouve les premières traces de ce nouveau point de vue dans un ouvrage important publié en anglais dans la deuxième moitié du XVIIe siècle (4). Entre autres causes de l'irréductibilité

(1) Dav. Mauchard, *Dissert. inaug. de hernia incarcerata*. Tubinge, 1722, in-4.

(2) Sharp, *Tr. des opérat. de chirurg*. Paris, 1741, in-12; trad. franç., par Jault, p. 100. (La 1re édition anglaise est de 1737.)

(3) Le traducteur a rendu cette phrase très obscure. Le sens du texte anglais est le suivant : Jusqu'ici j'ai parlé de la hernie réductible.

(3) Wiseman, *Eight Chirurgical Treatises*, édit. VIth. Lond., 1734, in-8, vol. I, p. 241. (La 1re édit. de cet ouvrage est de 1676.)

et des accidents. Wiseman indique l'inflammation produite par l'étranglement : *The intestine inflamed by the constriction of the production* (1). Mais Wiseman ne considérait cela que comme un cas particulier. Ce fut Garangeot qui généralisa cette doctrine. Pour lui l'inflammation était due à la constriction circulaire exercée par l'anneau sur l'intestin, constriction qui gênait le retour du sang (2). Enfin, Goursaud adopta cette idée et la rendit classique. Je signalerai ici une erreur de mots qui jette une certaine obscurité sur le mémoire de Goursaud. Cet auteur parle de l'*étranglement par inflammation*, et si on lit la description qu'il en donne, on voit qu'il s'agit au contraire d'une *inflammation par étranglement ;* ce qui n'est pas du tout la même chose (3).

Il faut venir jusqu'aux temps les plus modernes pour trouver de nouveaux documents sur ce sujet. Jusqu'ici, tout le monde, à l'exception d'Aétius, avait considéré l'inflammation comme intimement liée à l'engouement ou à l'étranglement. Pott avait, il est vrai, fait quelques restrictions pour les épiplocèles ; mais, en 1841, M. Malgaigne présenta la question sous un nouveau jour.

(1) Le mot *production*, ou encore *processus*, désigne la gaîne fibreuse du cordon, émanée du *fascia transversalis*, qu'on décrivait à cette époque comme le feuillet extérieur du péritoine pariétal.

(2) Garengeot, *Traité des opérations*, 2e édit. Paris, 1738, in-12, t. I, p. 249.

(3) Goursaud, *De la différence des causes de l'étranglement dans les hernies*. (*Mém. de l'Acad. de chirur.*, 1768, in-4, t. IV, p. 244.)

Suivant M. Malgaigne, les accidents décrits jusqu'à ce jour sous le nom d'étranglement par engouement ou sous le nom d'engouement simple, ne sont que des inflammations limitées au sac herniaire ou propagées au contenu de la hernie. Tous les accidents qui se produisent dans les hernies anciennes et volumineuses, et tous ceux qui se manifestent dans les hernies qui n'ont jamais été maintenues par un bandage; tous ceux enfin qui ont leur point de départ dans les épiplocèles, sont dus exclusivement à l'inflammation. C'est-à-dire que la plupart des affections décrites sous le nom d'*étranglement* ne sont en réalité que des pseudo-étranglements. A l'appui de sa doctrine, l'auteur invoque des faits irrécusables. Il cite des cas, — le nombre en est grand dans la science, et le mémoire de Goursaud en particulier en renferme plusieurs de très concluants, — il cite des cas, où une hernie a présenté pendant plusieurs jours les phénomènes attribués à l'étranglement; après quoi, l'inflammation s'étant apaisée, la réduction s'est effectuée sans difficulté. Il en cite d'autres, plus démonstratifs encore, où on a été conduit à pratiquer une opération de débridement, et où on a pu s'assurer, après l'ouverture du sac, que les anneaux étaient parfaitement libres et ne produisaient aucun étranglement. Pour ce qui concerne les prétendus étranglements de l'épiploon, il montre la contradiction qui existe entre la doctrine des chirurgiens et la conduite suivie par beaucoup d'entre eux, qui appliquent sur le pédicule de la her-

nie épiploïque une ligature dix fois plus serrée que l'étranglement le plus considérable. Enfin, comme conséquence thérapeutique, M. Malgaigne est conduit à proscrire l'opération du débridement dans tous les cas qui précèdent, et à substituer pendant la période aiguë de l'inflammation les émollients et les antiphlogistiques aux tentatives de taxis, qui sont propres tout au plus à redoubler l'intensité des accidents ([1]).

J'ai lu un très grand nombre d'observations de hernies, surtout celles dans lesquelles il y a eu opération ou autopsie, et j'ai aisément reconnu que les assertions de M. Malgaigne sont exactes dans le plus grand nombre des cas. L'étranglement véritable par les anneaux ou par le collet du sac — cette question sera reprise plus loin, — ne se manifeste jamais primitivement dans les hernies volumineuses, anciennes et non maintenues; les accidents dont ces tumeurs sont en général le point de départ sont purement inflammatoires; et s'il se manifeste parfois des phénomènes de constriction, cette constriction, toujours tardive, est bien différente de celle qui caractérise les étranglements proprement dits. Mais il me semble que M. Malgaigne a négligé une face de la question. Les anneaux, le collet du sac ne sont pas les seuls agents de constriction dont on ait parlé. L'intestin,

([1]) Malgaigne, *Mémoire sur les pseudo-étranglements ou inflammation simple dans les hernies* (*Arch. gén.*, 1841, 3e série, t. 12, p. 195 et 289). — Malgaigne, *Deuxième mém. sur les pseudo-étranglements* (*Journal de chir.*, 1843, t. I, p. 129).

par exemple, ne peut-il pas s'étrangler sur l'épiploon devenu adhérent ; ne peut-il pas s'enrouler sur lui-même, comme Pigray l'avait supposé et comme les modernes croient en avoir vu des exemples? Certes, ce ne sont pas là des étranglements comparables à ceux que produit par exemple le collet du sac ; mais enfin ce ne sont pas non plus des inflammations herniaires, et s'il faut ranger ces faits quelque part, il est manifeste que leur place est plutôt dans la catégorie des étranglements que dans celle des inflammations. Eh bien, ces accidents, quelle qu'en soit la rareté, doivent entrer en ligne de compte. Ce n'est jamais dans une petite hernie, ni dans une hernie qui vient de se produire, qu'on les observe; les brides adhérentes ne se rencontrent en effet que dans les hernies anciennes et non contenues; il ne serait donc pas entièrement exact d'attribuer à l'inflammation tout ce qui se passe dans ces sortes de hernies. C'est la seule restriction que je fasse à l'opinion de M. Malgaigne, qui me paraît exacte, je m'empresse de l'ajouter, dans l'immense majorité des cas.

Après ces remarques historiques et critiques, j'aborderai l'histoire de l'inflammation des hernies.

§ II. — Division.

Il y a deux espèces d'inflammations herniaires : l'une, la plus fréquente sans contredit, et aussi la moins grave, est limitée à la membrane séreuse; l'autre

occupe simultanément toute l'épaisseur de la masse herniée.

Je désignerai la première sous le nom d'*inflammation séreuse* ou de *péritonite herniaire* (Malgaigne), et la deuxième sous le nom d'*inflammation parenchymateuse*.

L'inflammation séreuse elle-même présente deux types ou plutôt deux degrés d'intensité. Tantôt elle est faible, lente, et se termine par des adhérences; tantôt elle est plus forte, plus aiguë, et peut donner promptement lieu à des exhalations séreuses, pseudo-membraneuses ou purulentes.

La péritonite herniaire adhésive ne rentre pas dans mon sujet. C'est elle qui produit ces adhérences si communes dans les hernies anciennes; mais les symptômes plus que douteux auxquels elle donne lieu ne simulent en rien l'étranglement herniaire et ne doivent pas par conséquent trouver place ici.

J'aurai donc à m'occuper seulement de la péritonite herniaire aiguë et de l'inflammation parenchymateuse des hernies. Je ferai marcher de front l'étude de ces deux affections qu'il serait inutile et même impossible de séparer. L'inflammation débute en effet presque toujours sur la séreuse péritonéale; très souvent alors elle reste limitée à cette membrane, mais quelquefois aussi, malheureusement, elle se propage à l'épiploon et à l'intestin. Enfin les causes, les symptômes, le traitement de ces deux affections offrent le plus souvent une telle analogie, que les dé-

crire isolément serait s'exposer à des redites incessantes.

Toutefois j'ai dû commencer par établir une distinction entre elles, distinction sur laquelle, à mon sens, on n'a pas assez insisté, et qui est propre, comme on le verra plus loin, à lever certaines difficultés.

§ III. — Causes.

Les causes de l'inflammation herniaire sont prédisposantes ou déterminantes.

1° Les *causes prédisposantes* demandent à être exactement précisées.

A proprement parler, toutes les hernies peuvent s'enflammer; mais les conditions anatomiques où elles se trouvent avant l'explosion des phénomènes inflammatoires, donnent aux accidents qui se développent deux physionomies bien différentes. Tantôt ces accidents ne dépendent que de l'inflammation, et tantôt ils s'accompagnent dès leur apparition d'une complication très grave, de l'*étranglement*.

On sait en effet, et tous les auteurs ont insisté sur ce point, qu'il y a deux variétés de hernies. Les unes ont un *collet* et les autres n'en ont pas.

Le collet est un épaississement fibreux circulaire qui se forme primitivement au niveau de l'ouverture abdominale du sac, mais qui, tôt ou tard, peut se déplacer, s'élever ou s'abaisser, circonstance importante que je ne puis qu'indiquer ici et qui joue un grand

rôle dans l'explication de certains accidents. L'origine et l'évolution du sac herniaire, le mécanisme de la formation du collet, ont été bien étudiés pour la première fois par M. J. Cloquet, dans sa thèse de concours ([1]). Je renverrai le lecteur à ce travail important et à deux autres mémoires pleins d'intérêt, publiés, il y a quelques années, par M. Demeaux ([2]) et par M. Roustan ([3]). L'étendue de mon sujet ne me permet pas d'entrer à cet égard dans tous les développements qui seraient peut-être nécessaires pour la clarté de ce qui va suivre.

Le collet du sac ne se forme pas dans les hernies qui n'ont jamais été maintenues. Peut-être la pression exercée par le bandage est-elle une condition favorable à l'organisation du collet ; mais la cause qui surtout en empêche la formation dans les hernies non maintenues, c'est la présence des intestins ou de l'épiploon, qui dilatent sans cesse l'ouverture abdominale du sac et ne lui permettent pas de revenir sur elle-même.

Lorsqu'une hernie est maintenue par un bandage suffisant et bien appliqué, le collet du sac se forme

([1]) Jules Cloquet, *Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales*. Thèse de concours pour la place de chef des trav. anat. Paris, 1819, in-4, p. 16 et suiv.

([2]) Demeaux, *Mém. sur l'évolution du sac herniaire* (*Annales de la chir. franc. et étrang*. Paris, 1842, t. V, 342).

([3]) Roustan, *Mém. sur le rôle du collet du sac dans la guérison naturelle des hernies*. (*Journ. de chirurg*. de Malgaigne, 1843, t. I, p. 298 et 323.)

d'abord, puis se rétrécit graduellement. Les plis que présente le péritoine au niveau de l'ouverture abdominale du sac finissent par adhérer les uns aux autres à la faveur d'un travail particulier, qui donne lieu à la formation d'un anneau fibreux plus ou moins large, plus ou moins long, plus ou moins épais.

Obéissant à la loi générale qui régit les tissus fibreux de formation nouvelle, le collet du sac se rétracte, revient sur lui-même, se resserre de plus en plus, et, la pression du bandage aidant, il peut même s'oblitérer d'une manière complète et définitive, séparant ainsi tout à fait la cavité du sac de la cavité abdominale.

Voilà ce qui se passe lorsque la hernie est exactement maintenue; mais quelquefois le bandage n'est pas appliqué d'une manière permanente, ou encore il n'est appliqué que sur l'anneau inguinal externe, circonstance déplorable qui est la source d'une foule de malheurs, ou enfin il est insuffisant et laisse de temps à autre couler dans le sac une partie de la hernie.

Qu'arrive-t-il en pareil cas ? Une chose bien simple. L'organisation du collet commence à se produire ; mais, sans cesse entravée dans son évolution, elle reste imparfaite et diffère à plusieurs égards de celle que nous venons d'étudier. Tantôt le collet ne forme que la moitié ou les deux tiers d'un anneau, le reste de l'ouverture du sac étant flexible et dilatable ; tantôt il forme un cercle complet, mais large, peu

épais, peu résistant. Quelquefois même, dans de semblables circonstances, le collet du sac ne se forme pas du tout.

Voilà ce qui se passe dans les hernies plus ou moins exactement contenues par le bandage. Lorsque, au contraire, on n'applique aucun moyen de contention, lorsque l'intestin séjourne constamment dans la hernie, le collet du sac ne se forme jamais. L'ouverture abdominale de la poche péritonéale reste large, souple et incapable d'exercer la moindre constriction sur les parties qui la traversent.

C'est-à-dire que le collet du sac présente toutes les transitions depuis l'ouverture la plus serrée et la plus rigide, jusqu'à l'ouverture la plus ample et la plus flexible, et la connaissance de ce fait anatomique nous permet déjà de prévoir aussi que les accidents des hernies seront très différents dans ces deux cas extrêmes, mais que, dans les cas intermédiaires, ils présenteront des caractères mixtes propres à jeter sur le diagnostic et même sur l'appréciation nosologique une grande obscurité.

A mon avis, c'est là la clef des dissidences qui existent aujourd'hui plus que jamais sur la question des étranglements herniaires.

Que l'inflammation s'allume dans une hernie ancienne, volumineuse, qui n'a jamais été maintenue ou qui ne l'est plus depuis longtemps, et les phénomènes qui en seront la conséquence seront, *dans l'origine du moins*, purement inflammatoires. L'entrée du

sac, large et flexible, ne comprimera pas le pédicule de la hernie ; la circulation ne sera pas notablement entravée. L'inflammation sera franche et ne différera pas beaucoup, par exemple, de celle qui pourrait frapper les mêmes parties dans la cavité abdominale.

Mais qu'une hernie pourvue d'un collet s'enflamme, au contraire, et les choses seront très différentes. Étreinte à sa base par une anneau résistant, elle se trouvera, dès les premiers moments, dans des conditions funestes à la circulation, et, quoique le phénomène initial soit l'inflammation, le phénomène capital, celui qui dominera la maladie, ce sera l'*étranglement.* J'aurai à me demander plus tard si tous les étranglements ont un semblable point de départ. C'est une question que je réserve. Mais j'ai voulu établir ici que l'inflammation des hernies peut se présenter dans deux conditions très différentes :

S'il y a un collet étroit, cela constitue une variété d'étranglement;

S'il n'y a pas de collet, l'élément inflammatoire constitue à lui seul presque toute la maladie, et c'est pour les cas de ce genre, on ne l'a pas oublié, que j'ai accepté la dénomination de *hernie enflammée.*

L'inflammation proprement dite des hernies ne peut donc se produire que dans les hernies sans collet, circonstance capitale propre à lever bien des doutes lorsqu'il s'agit de porter un diagnostic.

Mais revenons à notre point de départ. Nous nous occupions des causes prédisposantes de l'inflamma-

tion des hernies. Je crois avoir établi par les considérations précédentes que les hernies anciennes, volumineuses, irréductibles ou non maintenues, y sont particulièrement exposées.

Or, si nous cherchons quelles sont les hernies qui se présentent le plus souvent avec cet ensemble de caractères, nous trouvons que ce sont principalement les hernies inguinales. Cette seule remarque va nous permettre d'apprécier l'influence des sexes comme prédisposition à l'inflammation herniaire.

On sait que, d'une manière générale, les hommes sont beaucoup plus souvent atteints de hernies que les femmes (5 à 1, Malgaigne), et que chez eux les hernies inguinales sont bien plus fréquentes que les hernies crurales. On sait que les professions pénibles qu'ils exercent, rendent plus difficile la contention par des bandages, et favorisent l'accroissement des tumeurs herniaires. Pour tous ces motifs, le sexe masculin est beaucoup plus exposé que l'autre à l'inflammation des hernies,

Ce sont les vieillards surtout qui en offrent de fréquents exemples, et cette remarque est déjà ancienne. On disait seulement que les hernies des vieillards étaient particulièrement exposées à l'engouement. Or, nous savons aujourd'hui ce que ce mot représente.

2° Les *causes déterminantes* de l'inflammation des hernies nous échappent souvent; quelquefois au con-

traire, l'intervention de ces causes est évidente. Je parlerai d'abord de ce second cas.

L'engouement intestinal, c'est-à-dire l'arrêt dans la hernie de certains corps solides, capables d'irriter l'intestin par leur forme ou par leur volume, est une cause non équivoque d'inflammation herniaire. J'ai fourni dans le précédent chapitre des preuves multipliées à l'appui de cette assertion. Je n'y reviendrai donc pas.

Les actions mécaniques venues de l'extérieur jouent aussi un rôle important dans cette étiologie, et la science en possède de nombreux exemples. J'en indiquerai quelques uns :

Obs. VI. — Garçon de dix-sept ans. Hernie scrotale congénitale, réductible, jamais maintenue. — Chute de cheval ; contusion du scrotum contre le pommeau de la selle ; vive douleur, gonflement, inflammation. Guérison des accidents, mais la hernie reste irréductible. Plus tard, Pott crut devoir pratiquer une opération de cure radicale [1].

Obs. VII. — Homme, trente ans. Épiplocèle inguinal ancien, n'ayant jamais pu être maintenu ; coup de pied de cheval sur la tumeur ; signes d'étranglement. Le quatrième jour, Nourse pratique l'opération. Sérosité sanguinolente dans le sac. Épiploon tuméfié et vascularisé ; *les anneaux sont parfaitement libres*. Excision de l'épiploon au-dessous d'une ligature. Mort quatre jours après. On trouve l'épiploon gangrené dans le ventre jusqu'à l'estomac [2],

[1] *The Chirurgical Works of Percival Pott*, Lond., 1808, in-8, edit. Earle, vol. II, p. 186, case XV.

[2] *Loc. cit.*, p. 161, case VII.

J.-L. Petit a vu des accidents analogues provoqués par un combat à coups de poing et à coups de bâton, et attribués par le malade aux blessures qu'il avait reçues (1). M. Velpeau a extrait d'une thèse soutenue à Strasbourg un fait plus curieux encore : une balle morte avait atteint le scrotum et violemment froissé une tumeur herniaire (2). A. Cooper a vu un coup de timon de voiture contondre une hernie scrotale, et donner lieu à un hématocèle du sac, puis à une inflammation qui devint promptement mortelle (3). Un fait analogue et très instructif est rapporté dans la thèse de M. Chapsal (4) : Hernie ancienne, coup sur la tumeur, signes d'étranglement. On en vint à l'opération. M. Flaubert ne trouva que du sang dans le sac herniaire ; il n'y avait ni intestin ni épiploon. L'inflammation traumatique du sac avait suffi pour simuler l'étranglement.

L'inflammation s'allume à plus forte raison si l'intestin fortement contus vient à se rompre dans le sac. On en connaît plusieurs exemples, entre autres celui de J.-L. Petit (5).

(1) J.-L. Petit, *OEuvres chirurg.*, édition Pigné, 1838, in-8, p. 640.

(2) Velpeau, *Médecine opératoire*, 2e édit., 1839, t. IV, p. 56.

(3) A. Cooper, *OEuvres chirurg.*, trad. Chassaignac. Paris, 1837, in-8, p. 231, observ. 189.

(4) L. Chapsal, *De l'étranglement dans les hernies*. Paris, 1848, thèse inaugurale, p. 21.

(5) J.-L. Petit, *OEuvres chirurg.*, édit. Pigné, 1838, in-8, p. 628.

Mais les causes violentes sont exceptionnelles. Une cause beaucoup moins rare, c'est le froissement d'une tumeur herniaire par un bandage mal appliqué. Pott a beaucoup insisté sur cette cause, et en a rapporté des exemples.

Obs. VIII. — Homme de quarante-trois ans. Hernie épiploïque ancienne et irréductible. Application d'un bandage serré ; voyage à cheval aussitôt après. Inflammation herniaire des mieux caractérisées ; traitement antiphlogistique ; guérison sans réduction [1].

Obs. IX. — Jeune homme. Épiplocèle irréductible : application d'un bandage serré ; inflammation violente, terminée par la gangrène de l'épiploon, du sac et du scrotum ; mort ; autopsie. L'épiploon est gangrené jusque dans le ventre [2].

Obs. X. — Épiplocèle froissé par un bandage. Signes d'étranglement, opération. On *trouve qu'il n'existe aucun étranglement*, que les anneaux sont libres, mais que l'épiploon, le sac et le dartos sont gangrenés par la violence de l'inflammation. Les accidents de l'étranglement persistent encore pendant cinq jours, puis le malade guérit [3].

Voici encore un fait qui dépose dans le même sens.

Obs. XI. — Hernie datant de huit ans, course à cheval avec un bandage qui se rompt ; la hernie sort et est froissée ; nausées, douleurs dans l'aine, puis tuméfaction énorme ; opération. Scarpa trouve dans le sac plus de trois livres de séro-

[1] P. Pott, *Chirurgical Works*, edit. Earle, Lond., 1808, in-8, vol. II, p. 146, case I.

[2] *Loc. cit.*, p. 150, case II.

[3] *Loc. cit.*, p. 152, case III.

sité, et une anse intestinale ecchymosée qu'il réduit après débridement : guérison rapide [1].

Je ne multiplierai pas davantage les citations de ce genre. Il me paraît établi que les bandages insuffisants et mal appliqués sont une cause fréquente de l'inflammation herniaire.

Une autre cause, très manifeste aussi, ce sont les efforts. Les efforts, on le sait, suffisent pour provoquer certaines inflammations, celles de l'appareil testiculaire par exemple, et pour ma part j'en ai vu un un assez bon nombre de cas dans le service de Gerdy [2]. Cela seul déjà nous permettrait de comprendre l'influence des efforts sur la production de l'inflammation herniaire. Mais ce qui rend surtout cette influence considérable, ce sont les pressions violentes, les tiraillements, les distensions qui, pendant l'effort, se transmettent directement au sac herniaire ou aux parties qu'il renferme. Voici deux exemples que j'emprunte à la clinique de Desault, et dans lesquels l'étiologie précédente n'est pas contestable [3].

Obs. XII. — Épiplocèle inguinal, irréductible depuis vingt ans, sur un homme de soixante-six ans. Effort pour soulever un fardeau, accompagné d'une vive douleur dans l'aine et

(1) Scarpa, *Traité des hernies*, trad. franç., par Cayol. Paris, 1812, in-8, p. 198.

(2) Consulter sur ce sujet la *Pathologie générale médico-chirurgicale* de Gerdy. Paris, 1851, in-8, p. 302 et suiv.

(3) Bichat, *OEuvres chirurg. de Desault*, 1801, t. 2, p. 338 et 340. Obs. 3 et 4 du *Mémoire sur les hernies étranglées.*

d'un *bruit comme de parties qui se déchirent.* Accroissement rapide de la tumeur, vomissements pendant la nuit, constipation. Desault emploie les bains, les cataplasmes, la position, les lavements. Le quatrième jour, les accidents se sont amendés. La tumeur a diminué; on tente le taxis pour la première fois; réduction; guérison.

La possibilité de réduire à la suite de l'accident une tumeur épiploïque irréductible depuis vingt ans, semble indiquer que l'effort avait déchiré certaines adhérences. Cette hypothèse est rendue probable par la sensation de déchirure que le malade avait éprouvée.

Obs. XIII. — Femme, quarante-deux ans. Hernie crurale datant de cinq ans. Effort pour soulever un fardeau, accompagné d'une vive douleur au sommet de la cuisse; accroissement de la tumeur. Nausées, vomissements pendant quatre jours de suite. La malade, après quelques imprudences, finit par entrer à l'Hôtel-Dieu; même traitement que dans le cas précédent, seulement on ne fait aucune tentative de taxis; la tumeur diminue d'elle-même et disparaît presque complétement.

On voit que les causes mécaniques de l'inflammation herniaire sont nombreuses. Faut-il ranger dans la même catégorie les indigestions, les repas trop copieux, les excès de toute sorte? Il est certain que ces causes déterminent fréquemment des accidents dans les grosses hernies, et notamment dans les entérocèles. La XV[e] observation du mémoire de M. Mal-

gaigne en offre un exemple [1]. L'inflammation très intense qui suivit un écart de régime finit par devenir mortelle, et l'autopsie montra le sac plein de pus et de fausses membranes, sans le moindre étranglement et sans le moindre engouement, bien que le cæcum fût contenu dans la hernie.

Un élément étiologique qui me paraît jouer un grand rôle dans la production de l'inflammation herniaire, surtout chez les vieillards atteints de hernie scrotale volumineuse, c'est la déclivité. M. Gerdy a mis en lumière l'influence de la position déclive sur le développement de l'inflammation. Si cette cause, à elle seule, n'est pas capable de faire surgir la maladie, à coup sûr, du moins, elle doit être considérée comme constituant une fâcheuse prédisposition.

Puis, à côté de ces causes qu'il nous est permis d'apprécier, il en est d'autres qui nous échappent. Les changements de température, l'humidité semblent favoriser l'apparition de l'inflammation herniaire. Mais l'étiologie reste souvent entourée d'une grande obscurité.

§ IV. — Signes.

Les symptômes de l'inflammation des hernies se présentent sous deux types bien différents, eu égard à la rapidité et à l'intensité de leur marche.

[1] Malgaigne. — Dans *Arch. génér.*, 1841, 3e série, t. XII, p. 305.

J'ai dit que je laisserais de côté ces sub-inflammations, fort peu connues du reste, qui se terminent par de simples adhérences, et qui n'ont rien à faire dans le diagnostic de la hernie étranglée. Mais je dois parler de certaines inflammations toutes locales, dont l'évolution assez lente dans les premiers temps, finit par aboutir à la suppuration et à la formation d'un abcès souvent difficile à diagnostiquer.

Ces inflammations ont en général leur point de départ dans l'intestin même. Une ulcération de la muqueuse perfore peu à peu les tuniques intestinales. Lorsque la perforation est complète, lorsque l'inflammation gagne le sac, il survient du gonflement, de la douleur. Souvent, en pareil cas, il n'y a ni douleur abdominale, ni vomissements, ni constipation, ni troubles circulatoires. L'abcès stercoral s'accroît, la peau rougit, et il est parfois bien difficile de ne pas confondre cette affection avec un abcès simple, avec un abcès ganglionnaire, par exemple, lorsque la chose se passe dans la région de l'aine. Les plus habiles peuvent s'y laisser prendre, et l'erreur n'est reconnue que lorsque la tumeur ouverte laisse échapper des matières venues de l'intestin.

Parmi les observations que j'ai citées dans le chapitre précédent, en parlant des corps étrangers solides arrêtés dans les hernies, il en est plusieurs qui ont présenté ces caractères. Je rappellerai en particulier le fait de Taignon et celui de Davon (voyez plus haut, page 55). Dans le cas de Carbon-

neau ([1]) et dans celui d'A. Cooper ([2]) on vit de même un abcès se former dans l'aine et livrer passage à une épingle. Les tumeurs herniaires étaient devenues volumineuses, douloureuses, mais n'avaient présenté aucun des signes abdominaux qu'on attribue à l'étranglement. C'est de la même manière enfin que les vers lombrics, arrêtés dans les hernies, se frayent souvent un passage à travers la peau sans mettre la vie des malades en danger.

Des phénomènes analogues se produisent quelquefois sans cause appréciable. Sur un malade de Bourienne, un abcès stercoral spontanément développé dans une hernie produisit une tumeur volumineuse du scrotum qui fut incisée. Une diarrhée chronique s'étant manifestée au bout de dix jours, le malade succomba vingt jours après l'opération, et l'autopsie jeta si peu de jour sur la cause de la perforation intestinale, que Bourienne, après avoir épuisé les hypothèses, finit par dire : « Si la maladie avait été » connue dans les premiers temps, on aurait pu tenter » l'opération qu'on fait dans les hernies contre » l'étranglement. Ce n'est pas la première fois que » j'ai vu les intestins percés, le malade n'ayant presque pas éprouvé de douleurs ([3]). »

([1]) *Nouvelles de la République des lettres*. Amsterdam, 1786, p. 1257.

([2]) A. Cooper, *Œuvres chirurg.*, trad. franç., édit. Chassaignac, 1837, p. 232, observ. 191.

([3]) Bourienne, *Sur une maladie du scrotum* (*Journ. de Roux*, suite de Vandermonde, 1771, t. XXXVI, p. 464).

La marche de ces inflammations herniaires est en général assez lente. Dans un cas cité par J. Benoît, la hernie ne s'ouvrit que le dix-huitième jour pour livrer passage à un ver lombric. Les accidents n'avaient pas été graves malgré l'emploi de remèdes assez violents prescrits par un élève du trop célèbre Cagliostro ([1]). La durée peut être beaucoup plus longue : ainsi sur une malade de Muller, la tumeur, qui renfermait des noyaux de prunes, ne s'ouvrit qu'au bout d'un mois ([2]).

Il est digne de remarque qu'en pareil cas, l'abcès, après avoir laissé passer pendant quelque temps des matières fécales, finit presque toujours par se refermer spontanément. Le malade d'A. Cooper, toutefois, conserva une fistule stercorale, contre laquelle on dirigea des tentatives infructueuses.

J'ai dû consacrer quelques lignes à cette forme d'inflammation herniaire, parce qu'elle est de nature à expliquer beaucoup d'erreurs de diagnostic. Je n'y insisterai pas davantage pour le moment, et je passerai tout de suite à l'inflammation proprement dite, à l'inflammation franche des hernies.

La *péritonite herniaire* s'annonce par une douleur locale assez vive et par un certain degré d'accroissement de la tumeur. Si la hernie est réductible, elle cesse aussitôt de l'être, et les tentatives de taxis re-

([1]) J.-M. Benoît, Thèse de Paris, 1807, p. 31 et 32.

([2]) Planque, *Bibl. chois. de médec.*, t. V, p. 431, 1759, in-4.

doublent la douleur. A partir de ce moment, les phénomènes qui surviennent sont de deux ordres. Les uns sont généraux ou plutôt fonctionnels, et ont leur foyer principal dans la cavité abdominale ; les autres sont locaux et se passent dans la tumeur.

Dès les premiers instants, ai-je dit, la hernie, devenue irréductible, est simplement douloureuse. Son volume s'accroît assez rapidement. Sa consistance varie avec la nature de son contenu. L'épiploon, par exemple, est plus ferme que l'intestin. En tout cas, cette consistance est moins considérable que dans l'étranglement vrai. La percussion démontre tantôt une matité complète, tantôt de la sonorité, tantôt enfin on trouve dans la tumeur des points mats et des points sonores qui correspondent aux gaz contenus dans l'intestin. M. Malgaigne a noté plusieurs fois cette particularité [1].

Les tentatives de taxis éveillent une assez vive douleur et provoquent quelquefois des vomissements. La peau qui recouvre la tumeur garde longtemps son intégrité. Elle reste souple et flexible et ne présente pas cet empâtement œdémateux qui survient assez promptement dans l'étranglement proprement dit. Toutefois, le taxis, appliqué sans modération, finit par irriter la peau, et dès lors ce signe distinctif n'existe plus.

[1] Malgaigne, *Nouvelles observations sur les pseudo-étranglements* (*Journ. de chir.*, 1843, t. I, p. 130, observ. 1).

Un caractère important, sur lequel M. Malgaigne insiste beaucoup, se tire de l'inspection des anneaux. Le doigt peut le plus souvent trouver l'anneau herniaire, y pénétrer et constater qu'il n'est pas exactement appliqué sur le pédicule de la hernie. Cela se comprend très bien si l'on réfléchit que l'inflammation herniaire est propre aux hernies non contenues, et qu'alors les ouvertures fibreuses sont nécessairement élargies. On reconnaît ainsi qu'il ne s'agit pas d'un étranglement par l'anneau. Quant au collet du sac, il est clair encore qu'il ne peut pas être considéré comme un agent constricteur, puisque la hernie est dans la catégorie de celles qui n'ont pas de collet.

A proprement parler, la tumeur est réductible à toutes les époques; mais, à partir du deuxième jour, la réduction est beaucoup plus difficile que dans les premiers instants qui suivent l'accident. A un moment qui varie, vers le cinquième, le sixième jour, rarement plus tôt, souvent beaucoup plus tard, la tumeur peut redevenir réductible, et ce retour de la réductibilité coïncide avec la diminution de la tension et de la douleur; c'est-à-dire que la réduction redevient possible à mesure que l'inflammation s'éteint. Quelquefois, lorsque cette période est arrivée, la tumeur rentre spontanément et graduellement dans le ventre; mais cela n'a lieu, bien entendu, que sur les tumeurs qui étaient réductibles avant l'accident. Plus souvent la hernie reste en place, et, si le taxis n'intervient pas, l'irréductibilité devient définitive. A ce

propos, je rappellerai ce qui eut lieu sur un malade de Desault, dont j'ai plus haut rapporté l'histoire abrégée. Un épiplocèle irréductible depuis vingt ans put être réduit par le taxis après six jours d'inflammation. Les accidents avaient été produits par un effort, et il est probable que certaines adhérences avaient pu être déchirées. (Voy. plus haut, p. 79, obs. XII.)

La marche de la tumeur n'est pas toujours aussi bénigne. Quelquefois il se produit dans le sac une accumulation de sérosité ou une véritable suppuration ; j'en citerai plus loin des exemples. Enfin, la terminaison la plus fâcheuse, c'est l'inflammation phlegmoneuse de la hernie et de ses enveloppes, inflammation qui peut aboutir à la suppuration et à la gangrène.

Telle est la tumeur. Voyons maintenant les symptômes fonctionnels.

Ces symptômes sont sujets à de grandes variations. Chez certains malades ils manquent presque complétement. Ces cas sont malheureusement assez rares.

D'autres fois les accidents se réduisent à peu de chose : quelques hoquets, des éructations, des nausées, de petites coliques qui ont leur point de départ dans la tumeur ; fièvre nulle ou légère.

Mais souvent, il faut le dire, il s'y joint des vomissements plus ou moins opiniâtres, une constipation difficile à vaincre. Les coliques sont violentes et générales. L'abdomen est dur, tendu, très douloureux à la pression. Le pouls est fréquent et dur, la soif vive, et chaque gorgée de boisson provoque de

nouveaux vomissements. Enfin lorsque cet état dure plusieurs jours de suite, les forces s'épuisent, le pouls faiblit, les yeux se cavent, le faciès se décompose, et la mort peut survenir au milieu de ce cortége de symptômes qu'on attribue tantôt à l'engouement, tantôt à l'étranglement, et qui sont l'indice d'une péritonite plus ou moins intense.

L'ordre suivant lequel ces symptômes paraissent, la rapidité de leur développement, leur intensité, leur gravité varient singulièrement, et, sous ce rapport, il y a une certaine différence entre les épiplocèles d'une part, et d'autre part les entérocèles et les entéro-épiplocèles [1].

a. *Épiplocèle.* — Les accidents de l'épiplocèle sont en général moins prompts et moins fâcheux. La douleur locale, la tuméfaction et l'irréductibilité sont les premiers et quelquefois même les seuls symptômes ; mais souvent aussi des phénomènes plus graves viennent s'y joindre, surtout si la tumeur est maniée sans ménagement et pétrie pour ainsi dire par des tentatives immodérées de taxis.

La douleur ne gagne l'abdomen qu'au bout d'un, deux, trois jours ou même davantage, et souvent, avant cette époque, on voit paraître les vomissements.

Quelle est la cause des vomissements dans la her-

[1] Je passe à dessein sous silence certaines hernies comme celles de la vessie, de l'ovaire, etc., parce qu'elles ne sont pas susceptibles de se prêter à des généralités.

nie épiploïque enflammée ? Souvent, il faut le dire, cette cause est dans la péritonite, l'inflammation s'étant propagée du sac à la séreuse abdominale ; mais quelquefois aussi les vomissements se montrent avant que la pression de l'abdomen soit devenue douloureuse, et il est difficile alors de les rapporter uniquement à la péritonite. Il n'est pas aisé de donner de ce fait une explication satisfaisante ; on peut se demander si les connexions de l'épiploon avec l'estomac n'y sont pas pour quelque chose, et si l'irritation ne gagne pas directement le bord convexe de l'estomac sans se propager encore au reste du péritoine. Au surplus, ceci est de peu d'importance et ne doit pas nous arrêter.

Il est plus intéressant d'étudier la nature des vomissements. Ils ne diffèrent d'abord en rien des vomissements ordinaires. Ce sont les matières stomacales qui sont rendues. Plus tard, les matières deviennent verdâtres ou jaunâtres, puis vertes, et quelquefois d'un vert foncé. La présence de la bile y est évidente. L'inflammation d'un épiplocèle peut-elle aller plus loin ? peut-elle donner lieu à des vomissements de matières fétides provenant de l'iléon ? C'est là une question qu'il importerait beaucoup de résoudre pour le diagnostic. Malheureusement, je n'ai pas trouvé dans les observations de détails sur ce point. J'ai parcouru plus de cinquante histoires d'épiplocèles étranglés ou enflammés, ce qui importe peu pour le moment ; on trouve presque partout des descriptions

à peu près analogues à celle-ci : *Le malade présente tous les symptômes de l'étranglement ;* l'irréductibilité, la douleur et tous les autres signes, dit J.-L. Petit ; l'étranglement était des plus manifestes, et l'opération ne pouvait être différée, dit Scarpa. Dans l'intention louable d'épargner les moments du lecteur, on abrége les observations, et l'on passe sous silence des symptômes qu'il serait pourtant utile de faire connaître. Une autre cause embrouille cette question de la nature des vomissements : plusieurs auteurs, entre autres A. Cooper et Key, ne considèrent comme matières fécales que celles qui viennent du gros intestin, et dès lors, pour eux, les vomissements qui accompagnent l'étranglement ne sont réellement stercoraux que lorsque le côlon ou le cæcum sont dans la hernie, et lorsque la valvule iléo-cæcale a été forcée [1]. De telle sorte que la nature des vomissements est rarement annoncée, et que, plus rarement encore, elle est précisée. Je ne puis dire, par conséquent, si l'inflammation des épiplocèles peut finir par produire des vomissements stercoraux. Je trouve toutefois une observation de M. Munaret, qui prouve, sinon la réalité, du moins la possibilité de ces vomissements dans le cas d'épiplocèle. Un charbonnier de vingt-six ans avait, depuis dix-huit ans, une hernie inguinale qui s'enflamma probablement par suite d'une indigestion.

[1] A. Cooper, *Œuvres chir.*, Paris, 1837, trad. Chassaignac, in-8, p. 235. — Voyez aussi la note de Ashton Key.

Signes d'étranglement. Tous les moyens ayant échoué on en vint à l'opération. On ne trouva dans le sac que de l'épiploon vivement enflammé. Ne pouvant réduire on enleva la masse épiploïque. L'opération ne soulagea pas le malade, et, les jours suivants, les vomissements jusqu'alors bilieux devinrent stercoraux [1]. Ainsi, une péritonite en partie herniaire, en partie traumatique, a pu donner lieu à des vomissements de matières fécales. Ce symptôme peut donc se produire sans que l'intestin soit compris dans la hernie, et dès lors il est admissible qu'il puisse être la conséquence de l'inflammation pure et simple des épiplocèles.

Toutefois, s'il en est ainsi, j'ose dire que c'est seulement par exception. Rien de semblable n'a eu lieu dans les quelques observations complètes que j'ai pu me procurer. Ainsi, dans un cas douteux, l'apparition des vomissements stercoraux serait une forte présomption pour croire que la hernie renferme une anse intestinale.

La constipation se montre en général dans les épiplocèles en même temps que les vomissements. Mais cette constipation n'est pas aussi absolue que lorsque la hernie renferme des intestins. Je lis par exemple dans une observation de Blandin, qu'un épiplocèle enflammé, « présentant tous les symptômes » de l'étranglement herniaire que nous ne mention- » nerons pas, » fut traité d'abord par les antiphlogis-

[1] *Gaz. médic.*, 1837, p. 441.

tiques ; qu'il y eut une évacuation abondante de matières fécales, suivie d'un peu de soulagement, mais que les accidents redoublèrent, et que finalement on en vint à l'opération [1].

Quoi qu'il en soit, la constipation est un phénomène ordinaire, et les vomissements manquent moins souvent encore. Or, comme il s'agit ici de hernies épiploïques, ces deux symptômes ne peuvent être mis sur le compte de l'obstruction intestinale ni de tout autre obstacle mécanique gênant la circulation des matières dans le tube digestif. Ils doivent donc être attribués principalement à la péritonite. Ils se produisent ou ils ne se produisent pas, suivant que l'inflammation se propage ou ne se propage pas à la séreuse péritonéale. Cette remarque ne doit pas être perdue. En commençant par le cas d'épiplocèle, où il n'y a qu'un seul élément, l'inflammation, j'ai voulu établir des jalons qui me serviront tout à l'heure, lorsque j'aurai à m'occuper des cas plus compliqués où l'intestin est contenu dans la hernie. J'ai suivi en cela l'exemple de M. Malgaigne. Si les anciens, si les auteurs du XVIIIe siècle eussent procédé ainsi, ils auraient sans doute été conduits à attacher moins d'importance aux phénomènes mécaniques auxquels ils ont fait jouer un rôle exagéré dans leurs théories des accidents herniaires.

b. *Entérocèles* et *Entéro-épiplocèles*. — J'arrive à

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1840, p. 446.

l'inflammation des hernies qui renferment une ou plusieurs anses intestinales. Les accidents en pareil cas suivent ordinairement une marche plus rapide et acquièrent plus d'intensité.

Les vomissements paraissent en général très vite, quelquefois une heure, deux heures seulement après le début de l'inflammation. Dans les cas où l'accident reconnaît une cause traumatique, ces vomissements prompts ont été plusieurs fois notés. Ils surviennent aussi très souvent dans les autres cas. J'ai trouvé un assez bon nombre d'observations où les choses se sont passées à peu près de la manière suivante : Une hernie non contenue devient promptement douloureuse ; ou encore une hernie mal contenue glisse sous le bandage et ne peut rentrer. Des vomissements se manifestent presque aussitôt ; cela dure quelques heures, puis on réussit à réduire la hernie et le calme se rétablit. Il y a des malades chez lesquels cet accident se reproduit souvent sous l'influence d'une température humide et d'un écart de régime. Goursaud parle d'un homme chez qui pareille chose avait eu lieu plus de cent fois [1].

Quelle est la cause de ces vomissements ? On ne peut supposer en pareil cas que l'inflammation ait pu se propager si promptement au péritoine abdominal ; et d'ailleurs, que serait-ce qu'une péritonite capable de disparaître brusquement par un simple taxis ? On

[1] Goursaud, *Mém. Académ. de chir.*, t. IV, p. 250, obs. 2, in-4.

ne peut supposer non plus que la cause des vomissements soit une occlusion mécanique de l'intestin trop serré au niveau des anneaux, car ces anneaux, il y a peu d'instants encore, étaient assez larges pour laisser circuler librement les matières fécales. Et d'ailleurs, la dilatabilité bien connue de l'intestin permettrait aux matières de s'accumuler quelque temps avant de rebrousser chemin. Quelle cause invoquerons-nous donc? Nous n'en invoquerons aucune. Nous dirons simplement que l'irritation que subit l'anse intestinale herniée a pour conséquence de déterminer le mouvement antipéristaltique de l'intestin, c'est-à-dire que nous constaterons le fait sans avoir la prétention de l'expliquer en aucune manière. Mais nous aurons puisé dans cette étude un renseignement qui ne sera pas perdu. Lorsque nous verrons des vomissements rapides se manifester dans un cas d'étranglement véritable, sans méconnaître l'importance énorme de l'obstruction qui résulte d'un pareil état de choses. nous attribuerons surtout les premiers accidents à l'irritation intestinale.

Du reste, les vomissements précoces ne sont pas constants dans l'inflammation des entérocèles. Parfois ce symptôme ne se déclare que trois ou quatre jours après l'irréductibilité et l'endolorissement de la hernie. Parfois même, mais cela est rare, il manque complétement, et alors, en général, il y a au moins des nausées.

Les vomissements présentent des rémissions et des

recrudescences très variées. Quelquefois on les voit reparaître après un intervalle de plusieurs heures, ou même d'une journée passée dans une tranquillité presque complète. Pendant ce temps, les coliques, les hoquets ont disparu comme les vomissements; puis, tout à coup, le malade éprouve un tressaillement dans le ventre, une douleur d'entrailles dont le point de départ est souvent, mais non toujours, dans la tumeur herniaire, et tous les symptômes reparaissent. Richter a surtout appelé l'attention sur ces intermittences, et s'en est servi pour établir l'existence de ce qu'il appelle l'*étranglement spasmodique* ([1]). Tout dépendrait, suivant lui, d'un spasme des muscles abdominaux et d'un resserrement des anneaux, coïncidant avec chaque contraction musculaire, de manière à produire chaque fois une recrudescence des accidents. Mais cette hypothèse tombe devant l'observation de la péritonite spontanée qui présente, comme on le sait, des intermittences semblables.

Les vomissements, d'abord simples, puis bilieux, deviennent assez souvent stercoraux. Mais, d'une part, ce dernier caractère n'est pas constant, et, d'autre part, il ne se produit en général que d'une manière tardive. J'ai trouvé un assez bon nombre d'observations où l'inflammation des entérocèles a été suivie de vomissements stercoraux. Je citerai entre autres

([1]) Richter, *Traité des hernies*, trad. Rougemont. Bonn, 1788, in-4, p. 50.

les observations I et III du Mémoire de Goursaud [1]. Il s'agissait bien manifestement, dans ces deux cas, d'inflammation herniaire et non point d'étranglement, puisque la réduction fut obtenue au bout de dix et de quinze jours et suivie de guérison. Dans l'étranglement véritable, la réduction ne s'obtient pas à une pareille époque, et d'ailleurs l'intestin est depuis longtemps gangrené ou perforé. Goursaud, du reste, nous donne ces faits comme des cas d'engouement, c'est-à-dire qu'il ne les confond pas avec l'étranglement véritable.

Les hoquets, les coliques qui accompagnent l'inflammation des entérocèles, ne présentent aucun caractère spécial. La constipation est ordinaire, mais n'est pas constante. Lorsque la guérison approche, on voit souvent la diarrhée succéder à cette constipation.

§ V. — Marche, complications, pronostic.

La marche de l'inflammation herniaire est très variable; mais on peut dire, d'une manière générale, qu'elle est beaucoup moins rapide que celle de l'étranglement.

Lorsqu'on parvient à réduire la tumeur le premier jour, les accidents disparaissent, et le malade se trouve en quelques heures complétement guéri. Le deuxième, ou même le troisième jour, si l'inflamma-

[1] Goursaud, *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. IV, p. 250 et 251, obs. 1 et 3, in-4.

tion n'est pas considérable, et si la réduction est obtenue, il arrive en général que la guérison est rapide encore. Les vomissements disparaissent, le cours des matières se rétablit. Comment expliquer cette résolution très rapide de l'inflammation, obtenue par le taxis? M. Malgaigne a posé cette question sans la résoudre, en se bornant à constater le fait [1]. Il me semble, toutefois, que la physiologie rend jusqu'à un certain point compte de ce phénomène. Quelque larges que soient et l'anneau et l'ouverture du sac, quelque incapables qu'ils soient de produire un étranglement véritable, il est manifeste qu'à leur niveau la hernie est moins à l'aise que dans le reste de son étendue. Il faut une striction considérable pour produire un étranglement; mais il suffit de la plus légère pression pour gêner la circulation veineuse. Or l'inflammation fait gonfler la hernie, et le gonflement fait qu'elle est plus gênée au niveau de l'anneau, que le sang revient bien moins librement, et que la congestion inflammatoire est ainsi entretenue.

Peut-être y a-t-il autre chose encore; peut-être la pression régulière et uniforme à laquelle sont soumises, dans l'abdomen, les anses intestinales, est-elle propre à favoriser la libre circulation du sang dans les parois de l'intestin. Dans l'une ou l'autre hypothèse, la réduction pourrait faire disparaître l'afflux sanguin et rendre la résolution rapide.

[1] *Arch. génér.*, 1841, t. XII, p. 298, 3e série.

Quoi qu'il en soit, ce bienfait de la réduction n'existe plus dès que l'inflammation est plus considérable, dès qu'elle n'est plus susceptible de se résoudre promptement. Indépendamment de la difficulté que le taxis rencontre alors, et du danger qu'il y aurait à froisser les parties enflammées, il y a un autre danger à craindre, celui précisément qu'on voudrait éviter : ce danger, c'est la péritonite. Le contact d'un intestin fortement enflammé va répandre dans tout l'abdomen le germe d'une inflammation qu'il sera difficile de combattre. Tant que le foyer inflammatoire était dans la hernie, on pouvait s'adresser directement à la tumeur qui était le siége principal de la maladie. Mais dès que la réduction est opérée, il n'en est plus de même. Plus d'une fois les chirurgiens ont eu à se repentir d'avoir ainsi réduit des hernies pendant la période aiguë de l'inflammation. Le fait suivant en offre un triste exemple. Il appartient à M. Uytterhoeven (1).

Obs. XIV. — Homme, trente-huit ans. Hernie scrotale énorme, datant de quatre ans, enflammée depuis plusieurs jours. La tumeur est dure, très douloureuse, recouverte d'une peau enflammée. Ventre douloureux, constipation. Fièvre.

On diagnostique un engouement. Le lendemain on réduit la tumeur. Le troisième jour, la douleur abdominale s'accroît. Le quatrième jour, vomissements. La péritonite est évidente. Mort le sixième jour.

(1) *Revue médico-chir.*, 1848, t. IV, p. 174.

Autopsie : Péritonite des mieux caractérisées ; sérosité, fausses membranes, flocons albumineux, etc.

Abandonnée à elle-même, l'inflammation herniaire se termine souvent par résolution, pourvu que le malade garde la diète et le repos. Parfois aussi il arrive que la phlogose se propage au péritoine, et qu'elle détermine la mort.

Ce sont là les deux cas extrêmes entre lesquels oscille le pronostic. Il est un cas intermédiaire que, pour ma part, je ne crois pas très rare, et où l'inflammation, sans dépasser nécessairement pour cela les limites de la hernie, atteint un haut degré d'intensité et produit de profonds ravages. Au lieu de s'étendre en surface du côté du péritoine, elle se propage en épaisseur, soit aux parties que la hernie renferme, soit aux couches celluleuses qui enveloppent le sac. En d'autres termes, la péritonite herniaire est devenue une inflammation parenchymateuse de la hernie.

Lorsqu'il en est ainsi, le sac, d'abord rempli de pus et de fausses membranes, finit par s'ulcérer et s'ouvrir, pourvu que le malade vive assez longtemps. Des abcès peuvent se former en divers points de la région, enfin et surtout le contenu de la hernie peut être menacé et même frappé d'ulcération ou de gangrène.

La terminaison par suppuration dans l'intérieur du sac a été observée par A. Cooper dans un cas remarquable à plus d'un titre [1].

[1] A. Cooper, *Œuvres chirurg.*, Paris, 1837, p. 234, obs. 196.

Obs. XV. — Homme. Hernie inguinale. Signes d'étranglement. État très grave. A. Cooper pratique l'opération. A l'ouverture du sac il s'écoule 2 onces de pus. « L'intestin » contenu dans le sac était comme enveloppé d'une couche » de lymphe plastique, *mais il n'y avait pas d'étranglement.* » L'intestin étant adhérent et ne pouvant être réduit, A. Cooper se décide à le laisser dans la plaie et pratique par précaution un léger débridement sur l'anneau. Avant de fermer la plaie, on effectue sur la partie supérieure du sac une pression qui fait sortir une grande quantité de pus. Le malade va très bien pendant quelque temps, mais il meurt le vingt-neuvième jour.

La quinzième observation du mémoire de M. Malgaigne est relative à un fait très semblable à celui-là, avec cette différence que le malade mourut sans être opéré, et que l'autopsie fut pratiquée. Ici encore il n'y avait pas d'étranglement. Les intestins étaient recouverts d'une fausse membrane, et le sac était plein de pus (1).

La terminaison par gangrène n'est malheureusement pas très rare. Elle s'observe surtout lorsque la hernie a été violemment froissée, soit d'une manière accidentelle, avant le début des accidents, soit par des mains plus ou moins chirurgicales qui ont cherché, à toute force, à la réduire après le développement de l'inflammation.

Je rappellerai ici deux observations que j'ai déjà citées et que j'ai empruntées à Pott (voyez plus haut.

(1) *Archiv. génér. de médec.*, 3e sér., 1841, t. XII, p. 305.

p. 78). L'application vicieuse d'un bandage avait, dans les deux cas, froissé la hernie. L'épiploon, le sac, le dartos même, furent frappés de sphacèle.

En pareil cas, on conçoit sans difficulté que l'inflammation puisse gangrener des tissus contus et meurtris ; mais la gangrène peut aussi se montrer dans les hernies enflammées sans qu'il y ait lieu d'invoquer la moindre violence extérieure. Cela a été observé aussi bien sur l'intestin que sur l'épiploon. A. Cooper [1], Schmucker [2], ont vu ainsi l'épiploon se détacher peu à peu, vingt jours, six semaines après le début des accidents. Cookesley parle d'un homme atteint depuis longtemps d'une hernie inguinale, dans laquelle la gangrène se manifesta quinze jours après l'apparition des symptômes de l'inflammation [3]. Cet homme ayant guéri, et ayant succombé plus tard à une autre maladie, Symons fit l'ouverture du cadavre et trouva que le cæcum avait été détruit en totalité par la gangrène [4].

Fabrice de Hilden rapporte l'histoire d'une dame qui, depuis dix-sept ans, était affectée de hernie. Quelques signes d'étranglement se manifestèrent et

[1] A. Cooper, édit. franç., Paris, 1837, p. 233 et 234, obs. 195.

[2] Schmucker, dans *Bibliothèque de chirurgie du Nord*, par Rougemont. Bonn, 1788, t. I, p. 35, obs. 19.

[3] *Essais et observations de médecine d'Édimbourg*, trad. franç., Paris, 1743, in-12, t. V, p. 547.

[4] *Medical Observations and Inquiries*, 2nd edit., Lond., 1769, in-8, vol. III, p. 64.

durèrent sans interruption pendant un mois. Au bout de ce temps, la tumeur parut atteinte de gangrène ; on fit une incision à la peau, et l'on vit que l'intestin gangrené laissait passer des matières fécales. Cette dame finit par guérir, sans conserver aucune fistule [1]. Enfin, on pourra lire une observation de Méry, où la mortification fut bien autrement considérable, et détruisit 4 à 5 pieds de l'intestin grêle, à la suite de l'inflammation d'une énorme hernie crurale [2].

La mortification alors est toute spontanée, et il y a lieu de se demander à quel mécanisme précis elle est due. Est-ce la seule inflammation qui la produit, ou s'y joindrait-il un certain degré de constriction exercé sur le pédicule de la hernie? En d'autres termes, ne pourrait-il pas survenir, comme *complication* de l'inflammation herniaire, un *étranglement tardif* capable de gêner notablement la circulation et de favoriser la gangrène? Cet étranglement tardif, ou, si l'on veut, cet *étranglement chronique*, différerait entièrement, comme on le voit, de l'étranglement aigu qui sera décrit plus loin, et les observations que je viens de citer mettent cette différence dans tout son jour.

Et d'abord, prouvons que la mortification peut s'emparer de l'intestin en l'absence de tout étrangle-

[1] Fabrice de Hilden, cent. 1, obs. 55. *Hildani opera*, Francfort, 1646, in-fol., p. 45.

[2] *Mémoires de l'Académie des sciences*, 1701, édit. in-12, de Hollande, p. 383, obs. 4 du Mémoire de Méry *Sur les hernies*.

ment. Une belle observation de Pott établit cette vérité de la manière la plus incontestable (1).

Obs. XVI. — Homme, cinquante-quatre ans. Hernie congénitale datant de l'enfance, autrefois maintenue, puis reproduite. Quelques accidents, guéris sans traitement le septième jour. Imprudences. La tumeur s'accroît. Le malade est obligé de garder le lit pendant un mois, allant à la selle au moins deux fois par jour. A cette époque, Pott le reçoit dans son service à l'hôpital Saint-Barthélemy.

Opération. Le sac est ouvert, et l'on reconnaît qu'il est formé par la tunique vaginale. On trouve une anse intestinale adhérente et couverte de taches gangréneuses. « Je » passai un doigt par l'ouverture du muscle abdominal, et » *je ne trouvai point qu'il causât le plus léger degré d'étran-* » *glement.* » L'intestin étant adhérent, est laissé dans la plaie.

Amélioration le jour suivant. Les parties gangrenées de l'intestin se détachent par exfoliation; ces eschares n'occupent qu'une partie de l'épaisseur de la paroi intestinale; il ne se produit pas de perforation, et l'on aperçoit à la chute des eschares une *incarnation* bonne et vermeille. Le malade meurt le dixième jour.

Pour que Pott ait déclaré, à la fin du XVIIIe siècle, qu'il n'avait pas trouvé le plus léger degré d'étranglement, il fallait que l'absence de toute constriction sur le pédicule de la hernie fût des plus évidentes, et cependant il y avait des eschares sur l'intestin. Cette gangrène ne pouvait par conséquent avoir été pro

(1) P. Pott, *Chirurgical Works*, ed. Earle, Lond., 1808, in-8, vol. II, p. 199, case xx.

duite que par l'inflammation, et notez que le malade n'avait été soumis à aucune tentative de taxis.

Mais cela ne suffit pas. Dans une foule de cas, trop nombreux pour qu'il soit nécessaire de les rapporter, les auteurs ont vu la gangrène se produire dans les hernies volumineuses anciennes et non contenues, c'est-à-dire précisément dans celles où l'inflammation est l'accident le plus ordinaire. Souvent, en pareil cas, l'auteur de l'observation parle d'un étranglement produit par l'anneau herniaire, et c'est à cet étranglement que la gangrène est attribuée. Que faut-il admettre, que faut-il rejeter, dans ces descriptions? D'une part, on peut se demander si les anneaux ont été examinés sans idée préconçue. D'autre part, on peut se demander si la hernie, simplement enflammée d'abord, n'a pas pu s'étrangler consécutivement sur les anneaux. La première question restera éternellement douteuse. Quant à la seconde, elle peut être résolue. Il ne s'agit pour cela que de lire certaines observations modernes.

Voici deux cas où l'inflammation des hernies a été suivie d'un tel gonflement des parties renfermées dans le sac, que celles-ci sont venues s'étrangler sur le bord des anneaux fibreux. La première est due à M. Bonnet, de Lyon. Je l'extrais d'un travail de M. Diday ([1]).

([1]) Diday, *Recherches sur le siége de l'étranglement herniaire*, (*Gaz. méd.*, 1840, p. 791, obs. 6).

Obs. XVII. — Philippe, vingt et un ans. Hernie inguinale depuis l'âge de neuf ans, *toujours réductible*, *jamais maintenue*. Efforts. La tumeur se gonfle, et devient douloureuse. Fièvre, agitation. Vomissements bilieux, accès de coliques. Taxis infructueux. Dès le deuxième jour on se décide à l'opération. Incision de la peau et des couches fibreuses. Le sac est mis à nu; on tente encore inutilement le taxis. Alors on incise l'aponévrose du grand oblique, à partir de l'anneau externe, dans toute la longueur du canal inguinal. « Cette section faite, » la portion de hernie qui était resserrée par l'anneau et le » canal inguinal acquit un volume presque aussi considé- » rable que celle qui était située en dessous. » On débrida alors l'anneau abdominal et le crémaster. « Le sac prit ensuite » une expansion de plus en plus grande à mesure qu'il se » trouvait dégagé par ces débridements successifs. » Alors on réussit à réduire l'intestin sans ouvrir le sac. Il y eut encore un vomissement. Les selles se rétablirent vingt-quatre heures après. Guérison.

Cette observation laisse à désirer sous plusieurs rapports. Le sac n'ayant pas été ouvert, l'état du contenu de la hernie n'a pu être constaté. Cette dilatation du sac, à mesure qu'on débridait les anneaux, était-elle due au gonflement inflammatoire, ou seulement à l'expansion des gaz de l'intestin? On conçoit que si cette dernière supposition était réelle, il n'y aurait pas eu d'étranglement à proprement parler. La question, par conséquent, reste encore au moins douteuse. Le fait suivant n'est pas sujet aux mêmes objections. Il vient de la clinique de Sanson, et a été rapporté par M. G. Petit dans sa thèse inaugurale [1].

[1] Georges Petit, *L'étranglement des hernies peut être opéré*

Obs. XVIII. — Homme, cinquante-huit ans. Hernie scrotale datant de trente ans, abandonnée à elle-même pendant douze ans, puis maintenue pendant quelques années. Depuis onze ans, le malade a renoncé à l'usage du brayer. A diverses époques, accidents herniaires terminés par résolution. La hernie est restée réductible. Le 27 novembre 1840, nausées et coliques : on réduit. Le 28, la hernie s'échappe de nouveau et ne peut rentrer. Elle est très grosse ; coliques, nausées. Le 29, constipation, vomissements. Les accidents s'accroissent jusqu'au 2 décembre ; le malade est porté à la Pitié.

Vomissements à odeur fécale, pouls lent et petit, peau froide. Abdomen ballonné et indolent. Tumeur grosse comme le poing, longue de 7 pouces. Supérieurement, elle pénètre dans l'anneau qui est *large d'environ un pouce*, et qui cependant, semble étreindre le pédicule de la hernie. Tentatives très modérées de taxis ; elles sont inutiles.

Le 3 décembre, sixième jour après le début des accidents, Sanson pratique l'opération de la hernie étranglée. Le sac ne contient pas de sérosité, mais il offre quelques fausses membranes. On trouve d'abord une nappe d'épiploon d'un rouge foncé, puis une anse d'intestin longue de 8 pouces, flasque, *comme carbonisée*. L'anneau est fortement appliqué sur le pédicule de la hernie qu'il étreint.

On procède alors au débridement de l'anneau. La striction est telle que les instruments ne passent qu'avec la plus grande difficulté. On débride d'abord de 3 lignes, puis de 6 : en tout 9 lignes (2 centimètres) ; « à chaque débridement, les » parties étranglées, mises en liberté, s'élargissent brusquement et suffisent à remplir l'anneau dilaté. » On excise d'abord l'épiploon. Puis on passe à l'intestin : « On attire » dans le sac une portion de l'intestin abdominal afin d'exa-

par les anneaux aponévrotiques, Thèse inaugurale, Paris, 1842, page 18.

» miner le point où portait l'étranglement. Il est facilement » reconnaissable, car on dirait qu'une ligature fine et très » serrée a été directement appliquée sur l'intestin. Il semble » qu'au moindre attouchement ce dernier va se rompre à » ce niveau. »

L'intestin paraissant gangrené, on l'incisa; il s'en échappa un flot de sang noir, visqueux, et d'odeur gangréneuse. Le malade mourut le surlendemain. Autopsie : on trouve un sac sans collet.

Les conditions où se trouvait cet homme, l'ancienneté, le volume de sa hernie, les symptômes qu'il a éprouvés à diverses reprises, enfin, et surtout, l'origine et la marche de l'affection qui l'a conduit à l'hôpital, tout annonce qu'il s'agissait d'une inflammation herniaire. Puis on pratique une opération, et il se trouve que la hernie n'est pas seulement enflammée, qu'elle est encore *étranglée*; que l'intestin est presque coupé par le bord tranchant de l'anneau inguinal externe. Et cependant cet anneau est large, très large; il a 3 centimètres de dimensions en tous sens. On débride de 3 lignes, cela ne suffit pas. On prolonge l'incision de 6 lignes, et la hernie remplit encore toute cette large ouverture qui, à ce moment, n'avait pas moins de 13 centimètres de circonférence, ainsi que chacun peut s'en assurer par un facile calcul. L'anneau exerçait donc une forte striction sur le pédicule de la hernie. Voilà pourquoi l'intestin était carbonisé, c'est-à-dire gorgé de sang veineux, et pourquoi il était flasque, c'est-à-dire bien près de tomber en gangrène.

L'inflammation des hernies, lorsqu'elle devient parenchymateuse, c'est-à-dire lorsqu'elle se propage aux parties contenues dans le sac, peut donc produire dans ces parties un gonflement tel, que l'ouverture abdominale, jusque-là suffisante, devienne insuffisante, et que l'étranglement en soit la conséquence; or, les hernies qui s'enflamment n'ont pas de véritable collet. La seule ouverture résistante, capable de produire cette constriction passive, est donc l'anneau aponévrotique qui a donné passage à la hernie; c'est la hernie qui vient s'étrangler sur l'anneau. L'étranglement n'est pas *primitif*, il est *consécutif* à l'inflammation.

Je désignerai donc sous le nom d'*étranglement consécutif*, cette complication de l'inflammation des hernies. Il vaudrait mieux peut-être dire *étranglement par inflammation*, mais ce mot a dans la science une signification opposée, et j'ai déjà dit plus haut que, par une singulière erreur de langage, Goursaud l'avait précisément appliqué au cas où la striction est primitive, et est considérée comme la cause de l'inflammation qui survient.

On voit combien le pronostic de l'inflammation des hernies est variable. L'étranglement, la gangrène d'une part, la péritonite de l'autre, voilà des accidents très graves qui peuvent entraîner la mort. Mais en revanche dans beaucoup de cas la résolution s'opère, surtout si le taxis n'intervient pas d'une manière intempestive, et les observations très nom-

breuses qui ont été publiées prouvent que cette terminaison heureuse est plus fréquente que l'autre.

Le *diagnostic* de l'inflammation des hernies présente une telle analogie avec celui de l'étranglement, que je dois remettre cette question à plus tard, et renvoyer le lecteur au chapitre qui terminera cette thèse.

§ VI. — Anatomie pathologique.

C'est par ce paragraphe que j'aurais voulu commencer l'histoire de l'inflammation des hernies. L'anatomie pathologique, c'est-à-dire le fait palpable et incontestable, est en effet le meilleur point de départ des classifications et des divisions. Malheureusement, dans l'état actuel des choses, cette marche n'est pas possible pour la question présente. L'inflammation herniaire, en tant que maladie distincte, n'a été décrite que depuis un petit nombre d'années, et les observations prises dans ce sens sont trop peu nombreuses pour suffire aux besoins d'une description méthodique.

J'ai dû suivre par conséquent une marche inverse. J'ai dû commencer par exposer les symptômes, par établir d'abord l'existence et les caractères de l'affection. Cela posé, j'ai pu consulter les observations antérieures, les interpréter, leur assigner une place dans la division que j'ai acceptée, et dès lors j'ai pu me servir des détails qu'elles renferment pour appré-

cier les lésions qui accompagnent l'inflammation des hernies.

Les hernies enflammées renferment de l'épiploon, ou de l'intestin, mais l'intestin lui-même s'y présente sous deux formes bien différentes ; tantôt c'est une anse intestinale repliée sur elle-même, tantôt c'est un boyau cylindrique, terminé en cul-de-sac.

Cette dernière particularité a été plusieurs fois notée, et il importe d'en établir la réalité, parce qu'elle est propre, comme on va le voir, à jeter un certain jour sur les accidents qui accompagnent l'inflammation herniaire.

L'appendice iléo-cæcal est quelquefois long et flottant, il peut par conséquent s'engager dans une hernie. On en cite plusieurs exemples ; toutefois il ne faut accepter qu'avec réserve ceux qui ne sont pas accompagnés d'autopsie ou de détails catégoriques, et voici pourquoi : l'iléon présente souvent, à quelque distance de son extrémité inférieure, un *diverticulum* d'une longueur variable, dernier vestige de la communication qui existait, dans les premiers temps de la vie embryonnaire, entre la vésicule ombilicale et la cavité de l'intestin. Cette disposition, découverte par Ruysh, retrouvée par Littre et par Méry, n'est pas très rare, et il ne se passe pas d'année sans que les habitués de l'École pratique n'en rencontrent plusieurs exemples.

Le diverticulum de l'iléon est quelquefois fixé à l'ombilic, et devient ainsi une cause d'étranglement interne, qui a été plusieurs fois constatée. Mais sou-

vent aussi il est flottant dans le ventre, et alors il a beaucoup de tendance à s'engager dans les hernies.

L'orifice qui le fait communiquer avec l'intestin est en général assez large. Des corps étrangers peuvent donc s'y engager, et lorsqu'en même temps le diverticulum fait hernie, il en résulte des accidents inflammatoires, et divers phénomènes qu'il importe d'apprécier.

Ruysch découvrit cette anomalie en 1698, et bientôt après, dans son *Thesaurus anatomicus*, il en donna une planche gravée, accompagnée de quelques remarques. Le raisonnement l'avait conduit à penser que le diverticulum de l'iléon pouvait faire hernie et donner lieu à des symptômes entièrement différents de ceux qui accompagnent les hernies ordinaires [1].

Cette fois du moins le raisonnement avait rencontré juste. En 1700, Littre communiqua à l'Académie des sciences deux observations de hernies formées par ces diverticulums [2], et l'année suivante, Méry produisit un fait dans lequel une semblable hernie avait donné lieu à des accidents.

Depuis lors, les faits se sont multipliés, et il devient possible de faire entrer ces sortes de hernies en ligne de compte. Sous le point de vue qui nous occupe, les hernies de l'appendice cæcal et celle du diverticulum

(1) Ruysch, *Thesaurus anatomicus septimus*, Amsterdam, 1707, in-4, p. 10 et tab. 4, fig. 2 et 3.

(2) Littre, *Observation sur une nouvelle espèce de hernie* (*Mém. de l'Acad. des sc.*, 1700, édit. in-12 de Hollande, p. 421.

de l'iléon présentent une analogie assez grande pour qu'il ne soit pas nécessaire de les séparer. Citons d'abord quelques faits :

Obs. XIX. — Garçon, dix-huit ans, vomissant depuis quatre à cinq jours des matières fécales. Taxis ; on réduit la tumeur. Le malade meurt dans la nuit (Hôtel-Dieu, service de Méry). — Autopsie : Inflammation des intestins grêles. On trouve derrière les anneaux des muscles, un diverticulum intestinal long de 3 pouces, semblable au pis d'une vache. « Ses » membranes étaient beaucoup plus épaisses que celles de » l'iléon, ses vaisseaux plus gonflés, et sa couleur était d'un » rouge brun ; les trois derniers caractères étaient des » preuves évidentes que cet intestin avait souffert un *étran-* » *glement* dans les anneaux des muscles [1]. »

Tous les caractères de l'inflammation sont nettement indiqués. L'auteur en conclut, sans aucune raison, qu'il y avait eu étranglement. Il n'est pas sans intérêt de trouver ici les vomissements de matières fécales. Les attribuerons-nous à ce prétendu étranglement? L'observation suivante de Amyand ne nous le permet pas [2].

Obs. XX. — Petit garçon de onze ans. Hernie ancienne. Il s'est établi, il y a deux mois, une petite fistule stercorale qui s'ouvre entre le scrotum et la cuisse.

[1] Mery, dans *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1701, édit. in-12, p. 369 (*Observ. sur les hernies*, obs. 1).

[2] Planque, *Bibliothèque choisie de médecine*, 1759, in-4, t. V, p. 426.

Il n'y a aucun accident aigu, mais la tumeur et la fistule sont incommodes et l'enfant entre à l'hôpital Saint-Georges pour y subir une opération.

Le sac ouvert, on trouve dans la hernie un peu d'épiploon, et un intestin terminé en cul-de-sac, qu'on prend pour l'appendice cæcal. Une épingle incrustée de matière pierreuse a perforé cet intestin, et telle est la cause de la fistule stercorale.

L'épiploon est excisé. *L'appendice intestinal est lié* à deux pouces au-dessus de l'épingle, et excisé au-dessous de la ligature.

Aucun accident. Le dixième jour la ligature tombe, les matières fécales ne sortent plus ; au bout d'un mois la guérison est complète.

Ainsi l'appendice, ou le diverticulum, peu importe, a été soumis à une *ligature en masse*, c'est-à-dire à un étranglement aussi fort que possible, et il n'est survenu aucun accident. Dès lors, les phénomènes d'étranglement éprouvés par le malade de Méry ne peuvent être attribués qu'à l'inflammation, ce qui du reste concorde très bien avec les détails de l'autopsie.

Ce n'est pas la seule fois que les corps étrangers se sont engagés dans les diverticules herniés, et ont provoqué des inflammations plus ou moins vives. Dans un cas cité par Martin, de Bordeaux [1], des vers s'accumulèrent dans un appendice de l'iléon, long de trois pouces, et contenu dans une hernie crurale ancienne.

[1] Martin, dans le *Journal de Vandermonde* (suite), t. XXII, p. 156, 1765.

Il survint une tumeur inflammatoire avec gangrène ; les vers furent rejetés, les matières fécales s'échappèrent et le malade finit par succomber. A l'autopsie on trouva un diverticulum qui n'était nullement étranglé, mais seulement enflammé. Le reste de l'intestin était sain. Le cours des matières fécales n'avait pas été troublé un seul instant.

Dans le cas de Taignon, que j'ai déjà rapporté (voy. plus haut, page 55), des matières fécales très dures s'étaient accumulées également dans un diverticulum intestinal. Cela est du moins très probable ; mais l'auteur lui-même resta dans le doute, parce que l'autopsie ne fut pas faite.

Les faits qui précèdent permettent de se demander s'il s'agissait d'un véritable étranglement, dans un cas où M. Cabaret se crut obligé de débrider le ligament de Gimbernat ou tout autre chose, pour réduire un appendice intestinal [1].

J'ai dû appeler ici l'attention sur ces hernies singulières, parce que leur anatomie pathologique jette un certain jour sur les accidents à marche subaiguë dont quelques hernies deviennent le siége, et sur ces tumeurs stercorales, qui ne s'accompagnent ni de vomissements, ni de constipation, ni de phénomènes généraux, et qu'on a si souvent prises pour des abcès et ouvertes comme telles. On est porté à se demander si ces erreurs de diagnostic ne reconnaissent pas souvent une semblable origine.

[1] Vidal, *Pathologie externe*, 2e édit., t. IV, p. 533.

Ceci dit sur la nature des parties contenues dans le sac des hernies enflammées, voyons quelles sont les lésions qui y ont été rencontrées. soit à l'autopsie, soit pendant les opérations.

Le sac herniaire ne renferme le plus souvent aucun liquide; la hernie est sèche comme on dit. Dans l'observation de Sanson, où nous avons vu un bel exemple de hernie enflammée, il n'y avait pas une goutte de sérosité dans le sac (voyez p. 106). M. Malgaigne se demande s'il n'en est pas toujours ainsi [1]. Je montrerai pourtant tout à l'heure que cette règle souffre des exceptions.

Le plus souvent donc, on trouve la hernie sèche. La surface interne du sac est enflammée dans toute son étendue, ou seulement d'une manière partielle. M. J. Cloquet a vu, dans ce dernier cas, des plaques irrégulières, d'un rouge plus ou moins foncé, et formées par l'injection des vaisseaux capillaires du sac [2]. La couleur de l'injection varie depuis le rouge vif jusqu'au rouge sombre.

Ici je constaterai une lacune. Les phénomènes qui se passent dans la période de résolution de ces hernies sèches n'ont pas encore, à ma connaissance, été décrits d'une manière satisfaisante. On dit seulement qu'il se produit souvent des adhérences, mais on ne dit pas par quel mécanisme. Sont-ce des fausses mem-

[1] *Archives générales*, 1841, t. XII, p. 304, 3e sér.

[2] J. Cloquet, Thèse de concours pour la place de chef des travaux anatomiques; Paris, 1819, p. 139.

branes qui s'organisent ; ou n'y a-t-il que cette légère exhalation d'un suc visqueux transparent, qui finit par s'organiser en un tissu cellulaire mince et flexible et par produire, sur la plèvre et le péritoine, ce que M. Cruveilhier décrit sous le nom d'*adhérences glutineuses* (1) ? Je ne trouve qu'une seule autopsie pratiquée quelque temps après la guérison de l'inflammation herniaire, et voici ce que j'y lis : « Les seuls témoignages restants de l'inflammation étaient ces » adhérences, et une foule de petits points noirâtres, » gros comme des têtes d'épingle, soulevant la séreuse » du sac et de l'intestin, et représentant très bien, » sauf la couleur, les granulations tuberculeuses du » péritoine (2). » Je me borne à enregistrer ce fait sans en tirer aucune conclusion.

J'ai dit que l'inflammation herniaire n'était pas toujours sèche. Voici quelques exemples où il y avait de la sérosité. L'observation suivante a été recueillie par M. Jarjavay, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. P. Bérard (3) :

Obs. XXI. — Buisson, vingt et un ans, *n'a jamais eu de hernie*. Le 2 mars 1842, effort pour soulever un fardeau, vive douleur dans l'aine gauche, où paraît une tumeur de la grosseur d'un marron. Le soir on tente inutilement le

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique générale*. Paris, 1849, in-8, t. I, p. 274.

(2) *Archives générales*, 1841, t. XII, p. 296.

(3) Demeaux, *Mémoire sur l'évolut. du sac herniaire*, dans *Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1842, p. 25 du Mémoire.

taxis à plusieurs reprises. Bientôt, nausées, vomissements verdâtres, *une selle.*

Le 3 mars, la tumeur est du volume d'un gros œuf, tendue, douloureuse; la douleur se prolonge dans le canal inguinal; ventre souple, non douloureux. Taxis infructueux; quelques heures plus tard la tumeur s'accroît encore: on se décide à l'opération.

Le sac ouvert, il jaillit beaucoup de sérosité sanguinolente: on reconnaît que la hernie a pour sac la tunique vaginale et qu'elle est épiploïque. *Le doigt est introduit avec facilité dans le canal inguinal.* On juge, dès lors, qu'il n'y a pas d'étranglement. On ne débride pas, on ne réduit pas l'épiploon. Réunion de la plaie; cessation des accidents; guérison.

Certes il ne manque ici aucun des caractères de l'inflammation herniaire pure et simple, sans aucun étranglement; et cependant, au moment de l'opération, il jaillit une grande quantité de sérosité sanguinolente. Je rapporterai tout à l'heure une observation de M. Heulhard, qui n'est pas moins concluante. Dans un cas de Scarpa, que j'ai déjà cité, le sac herniaire renfermait plus de trois livres de sérosité jaunâtre (voyez plus haut, p. 78, obs. XI). Une autre fois, Nourse y trouva une petite quantité d'eau sanguinolente (voyez p. 76, obs. VII). On notera que, dans ces deux derniers cas, l'inflammation de la hernie reconnaissait une cause traumatique.

Lorsque l'inflammation s'élève davantage, elle donne lieu à la formation de pus et de fausses membranes.

Ces fausses membranes étaient très belles dans un cas d'A. Cooper (voyez p. 100, obs. XV), et dans un autre de M. Malgaigne [1]. Dans les deux cas, les anses intestinales contenues dans la hernie étaient cimentées en une seule masse par une pseudo-membrane unique; dans le fait de M. Malgaigne, il y avait également une fausse membrane à la surface interne du sac. Lorsque le malade guérit, ces fausses membranes finissent par donner lieu à des adhérences, à l'épaississement du sac, etc. M. Jules Cloquet a étudié avec beaucoup de soin les modifications qu'elles subissent [2].

Il y avait du pus dans le sac en même temps que des fausses membranes dans les deux cas que je viens de citer. D'autres fois la suppuration existe seule. Le pus est plus ou moins concentré. Voici un cas de Dupuytren, où c'était de la sérosité purulente plutôt que du pus véritable [3].

Obs. XXII. — Chazet, cinquante-quatre ans. Hernie inguinale ancienne, irréductible depuis deux ans. Chute, il y a un mois, suivie de douleurs dans le ventre.

Le 22 novembre, la tumeur, qui était très grosse, s'accroît et devient douloureuse. Le 1er décembre, entrée à l'Hôtel-Dieu; tumeur longue de 10 pouces, 15 pouces de circonférence, rouge, dure, rénitente, douloureuse; hoquets, pas de vomissements.

[1] Observation XV du Mémoire de M. Malgaigne (*Archives générales*, 1841, t. XII, p. 306).

[2] J. Cloquet, Thèse de concours, 1819, p. 139 à 143.

[3] *Leçons orales de Dupuytren*, 2e édit., 1839, t. III, p. 580. — *Mémoire sur l'étranglement par le collet du sac*, par Marx, obs. 10.

Le soir, n'ayant pu réduire la hernie (qui était irréductible depuis deux ans), Dupuytren pratique l'opération. A l'incision du sac il s'écoule un liquide séro-purulent très abondant. « Le doigt porté dans la plaie ne rencontre pas » d'étranglement à l'anneau. » On réunit la plaie; délire peu de temps après. Mort très prompte.

Lorsque les ravages sont plus profonds et qu'il y a gangrène, la matière qui s'écoule à l'incision du sac est sanieuse et fétide, et l'on y trouve parfois des débris d'épiploon. Témoin ce garçon boucher dont parle J.-L. Petit, et dont la hernie s'enflamma par suite de l'application d'un brayer très serré sur une hernie épiploïque, irréductible depuis huit mois (1). Pareille chose eut lieu sur le malade de Schmucker (2), et sur un autre d'A. Cooper (3).

L'état des parties contenues dans le sac, épiploon ou intestin, est également digne d'intérêt. L'épiploon se tuméfie et s'injecte ; il devient d'abord rouge, puis violacé, enfin il prend une teinte lie de vin, et c'est, dit-on, l'indice d'une gangrène imminente. Cette gangrène toutefois est moins commune qu'on ne serait tenté de le croire en lisant les livres du dernier siècle. Pour beaucoup d'auteurs, à cette époque, le mot gangrène était synonyme de menace de gangrène; la mort définitive des tissus était désignée par eux sous

(1) J.-L. Petit, *Œuvres*, édit. Pigné, 1837, p. 653.

(2) *Bibliothèque de chirurgie du Nord*, par Rougemont. Bonn, 1788, t. I, p. 35, obs. 19.

(3) A. Cooper, *OEuvres chirurgicales*, édit. Chassaignac, 1837, p. 233, obs. 195.

le nom de sphacèle, distinction qui, du reste, remontait jusqu'à Galien. Il faut donc se tenir en garde, et ne pas se laisser aller par exemple à considérer la gangrène de l'épiploon comme une chose commune. La teinte violette ou noirâtre, le ramollissement, la friabilité, ne suffisent pas pour prouver l'existence de cette gangrène. Mais un caractère plus important, c'est la fétidité, l'odeur gangréneuse, qui se trouve indiquée dans plusieurs observations.

On trouve assez souvent de petits abcès dans l'épiploon. La suppuration peut même y devenir presque générale. M. Vidal a vu une fois la phlébite des veines épiploïques donner lieu à l'infection purulente et déterminer la mort, sur un malade de l'hôpital Necker. Mais une opération avait été pratiquée, le cas n'était plus simple, et d'ailleurs, à ma connaissance, l'observation n'a pas été publiée, de telle sorte qu'il m'est impossible d'en apprécier la valeur [1].

L'état morbide de l'épiploon n'est pas toujours limité à la partie qui fait hernie ; il peut remonter dans le ventre, jusqu'au voisinage de l'estomac. J'en ai cité deux exemples (p. 76, obs. VII, et p. 78, obs. IX); on en attribue un autre à Ledran, mais ce dernier fait laisse à désirer.

L'intestin présente une couleur en général moins sombre, moins livide que dans le véritable étranglement. Quelquefois même cette couleur est d'un rouge

[1] Vidal, *Pathologie externe*, t. IV, p. 359, 2e édit., 1846.

assez vif. J'en ai vu un exemple à l'Hôtel-Dieu, en 1847, dans une opération pratiquée sur une hernie scrotale volumineuse, ancienne et enflammée. M. Heulhard a fait une remarque intéressante : c'est que la plus grande inflammation de l'intestin se remarque précisément dans les points qui sont le plus éloignés des anneaux. On pourra s'en assurer tout à l'heure en lisant son observation (obs. XXIII, p. 123).

En parlant des complications dans un précédent paragraphe, j'ai dit que l'inflammation de l'intestin pouvait se terminer par gangrène, et j'ai même cité deux variétés : l'une superficielle, par exfoliation, sans perforation intestinale, l'autre plus profonde, occupant toute l'épaisseur de la paroi (voy. p. 100 à 104). Ce serait ici le lieu d'étudier les modifications de l'état anatomique, depuis l'inflammation simple jusqu'à la terminaison par gangrène. Malheureusement les faits me manquent pour établir cette description.

Je dois étudier enfin l'état des anneaux et de l'ouverture abdominale du sac. Il n'y a pas de collet. Les anneaux sont larges et libres, de telle sorte que, le sac une fois ouvert, le doigt pénètre aisément jusque dans le ventre. C'est la meilleure preuve de l'absence de toute constriction. La réduction par conséquent est possible sans débridement, et elle est facile pourvu que l'intestin ou l'épiploon ne soient pas adhérents. Cet état des anneaux et l'absence du collet ont été mis en évidence par un grand nombre d'observations, et j'en ai déjà rapporté plusieurs exemples (Obs. VII,

X, XV, XVI, XXI, XXII). On a pu voir, dans ces divers exemples, des chirurgiens, tels que Pott, A. Cooper, Dupuytren, inciser la hernie pour aller à la recherche d'un étranglement, et reconnaître pendant l'opération que cet étranglement n'existait pas, que l'opération n'était pas nécessaire. M. Haessebroucq (1), M. Lutens (2), ont cité des cas analogues. Pareil malheur est arrivé à M. Malgaigne, mais cette fois la leçon n'a pas été perdue, et si je ne me trompe, le souvenir de cette observation n'a pas peu contribué à conduire ce chirurgien aux doctrines qu'il professe aujourd'hui (3).

L'anatomie pathologique, ai-je dit, constate que le sac ne possède pas de collet. Ceci demande une légère rectification.

Il y a collet et collet. Il y a des collets tellement resserrés qu'ils sont à peine perméables; d'autres sont assez larges pour laisser passer une hernie, mais assez étroits en même temps pour l'étrangler. Il en est dont la largeur est plus considérable; il y en a enfin dont l'organisation n'est pas achevée, dont le pourtour est encore un peu dilatable en certains points. Ces variétés dépendent beaucoup de l'exactitude plus ou moins grande avec laquelle la hernie a été maintenue.

Eh bien, il y a tel collet assez large pour recevoir

(1) *Revue médico-chirurgicale*, 1849, t. V, p. 49.

(2) *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne, 1843, t. I, p. 134.

(3) *Archives générales*, 1841, t. XII, p. 207, observ. 5 du Mémoire de M. Malgaigne.

une hernie et pour ne pas l'étrangler immédiatement. Il peut se faire qu'une hernie s'enflamme, qu'il n'y ait aucun étranglement, et cependant qu'il y ait un collet. On conçoit combien une semblable disposition prédisposerait la hernie à l'étranglement consécutif. On conçoit en même temps combien il serait difficile de diagnostiquer la nature d'une lésion intermédiaire entre l'inflammation et l'étranglement; mais je parle de cela comme d'une chose possible: je dois en parler comme d'une chose réelle. Cette éventualité s'est présentée dans une observation de M. Heulhard [1].

Obs. XXIII. — M. C., quarante-huit ans. Hernie inguinale datant de neuf ans, *maintenue depuis cinq ans par un bandage*. Le 17 janvier, effort pour soulever un fardeau; la hernie glisse sous le bandage et ne peut rentrer. Le malade revient chez lui à cheval, souffrant beaucoup, tourmenté par des hoquets et des vomissements. Le soir, saignée, bain, taxis infructueux à diverses reprises. La tumeur est grosse comme le poing, très douloureuse. On sent avec le doigt que l'anneau inguinal est libre. Diagnostic: étranglement par le collet du sac.

Dans la nuit du 17 au 18, moins de douze heures après l'accident, on pratique l'opération Le sac contient 75 gram. de sérosité rougeâtre. Il renferme 25 centim. d'intestin grêle.

« Cet intestin était d'un rouge violacé; l'inflammation » était arrivée à un degré considérable; mais, contraire- « ment à ce qu'on observe d'habitude, l'intestin paraissait

[1] Heulhard, dans *Journal de chirurgie* de Malgaigne, 1846, t. IV, p. 112 et 113.

» d'autant moins malade, qu'on l'examinait plus près du
» lieu où nous supposions qu'existait l'étranglement; l'ex-
» trémité du petit doigt, introduite, s'engageait sans trop de
» difficulté dans le collet du sac rétréci par un repli falci-
» forme. Je le confesse avec toute franchise, un intestin
» sain eût pu rentrer par cette ouverture, grâce à un taxis
» ménagé. »

Comme l'intestin était très enflammé et fortement contus, le chirurgien prit le parti de débrider l'ouverture afin de pratiquer plus mollement la réduction. Il eut lieu de se féliciter de cette conduite prudente, car son malade guérit rapidement.

Cette observation porte avec elle deux enseignements. Et d'abord l'inflammation herniaire, en tant que maladie distincte et primitive, peut se développer dans les hernies à collet, c'est-à-dire dans les hernies maintenues qui viennent de s'échapper brusquement dans un effort. On s'exposerait donc à se tromper plus d'une fois si, dans un cas douteux, on diagnostiquait un étranglement primitif par cela seul que la hernie est dans les conditions de celles qui ont un collet. Ensuite et surtout, comme pour compliquer encore la question, comme pour la rendre insoluble au lit du malade, l'étranglement, un étranglement consécutif, mais bien réel, se serait sans doute produit bientôt par suite de la tuméfaction inflammatoire. Ce repli falciforme, situé au niveau du collet du sac, menaçait singulièrement l'intestin. Notez que l'opération a été pratiquée moins de douze heures après l'accident. S'il se fût écoulé quelques heures encore,

comment aurait-on distingué même dans une opération, même dans une autopsie, ce qui appartenait à l'inflammation de ce qui appartenait à l'étranglement? Comment eût-on fait pour reconnaître, parmi ces deux éléments, celui qui avait commencé et celui qui avait suivi? Qui peut dire jusqu'à quel point les faits de ce genre sont communs? Et qui sait si l'inflammation, l'inflammation primitive, ne joue pas un certain rôle dans la production de l'étranglement proprement dit?

Je pose ici ces questions sans les résoudre. Je demeure convaincu toutefois qu'entre l'inflammation herniaire et l'étranglement véritable il y a une foule de transitions insensibles; qu'il y a des cas types, des cas extrêmes d'une entière évidence, mais qu'il y a aussi des cas intermédiaires et que dès lors la distinction ancienne entre l'étranglement par engouement et l'étranglement par inflammation, ou, ce qui revient au même, la distinction moderne entre l'étranglement et le pseudo-étranglement, ne répond pas à tous les besoins de la pratique, et surtout ne fournit pas au diagnostic une pierre de touche infaillible.

§ VI. — Traitement de l'inflammation des hernies.

Mais laissons de côté ces sujets de doute. Il s'agit de formuler le traitement qui convient aux inflammations herniaires, à celles qui sont évidentes, à celles

qui se produisent dans les hernies sans collet, c'est-à-dire dans les hernies non maintenues.

La première question à faire au malade consiste à lui demander si sa hernie rentrait avant l'accident. S'il répond non, il est très clair que toute tentative actuelle de taxis serait inutile et par conséquent nuisible.

S'il répond oui, le chirurgien se trouve en présence d'une question controversable. Faut-il, ne faut-il pas tenter le taxis ?

D'une part, si le taxis réussit, il arrive souvent que les accidents se dissipent sans retard et que le malade est guéri en quelques heures. Mais il arrive aussi quelquefois que l'inflammation est repoussée dans le ventre avec la hernie, et qu'une péritonite s'ensuit. témoin le malade de M. Uyetterhoeven (voy. obs. XIV, p. 98).

D'autre part, si le taxis échoue, on a froissé inutilement des parties enflammées et l'on a donné beau jeu à l'inflammation.

De là deux préceptes contraires, je dirais presque deux écoles rivales : il y a les partisans du taxis et les ennemis du taxis.

La question, à mon sens, ne peut être résolue dans sa généralité. Il faut distinguer les cas.

Si l'accident est récent, si la tumeur n'est pas très douloureuse à la pression, on en conclut que l'inflammation n'est pas encore très forte. Le taxis ne présente aucun danger, pourvu qu'on l'emploie avec modéra-

tion. S'il échoue, il n'aggrave pas l'état du malade, mais il a grande chance de réussir, et alors l'inflammation, légère et récente, se résout rapidement dès que les parties se trouvent en liberté dans la cavité abdominale.

Si au contraire l'accident remonte à deux ou trois jours, si en même temps la tumeur est très douloureuse au toucher, si elle est chaude et tendue, le taxis expose à plus d'un malheur. Échoue-t-il, on se repentira bientôt d'avoir irrité et malaxé des parties déjà malades, en voyant redoubler l'intensité des phénomènes locaux et souvent aussi en voyant l'inflammation se propager au péritoine. Réussit-il, au contraire, on craindra encore d'avoir disséminé l'inflammation dans une grande cavité séreuse, où il est difficile d'aller la combattre. Ces deux considérations me portent à proscrire le taxis dans un cas pareil.

A plus forte raison le taxis doit-il être rejeté lorsque les signes d'une véritable péritonite se sont déjà manifestés, et en particulier lorsque le ventre est partout douloureux à la pression.

Mais je suppose une inflammation herniaire plus ancienne. L'inflammation est tombée. La tumeur est moins tendue, moins chaude ; elle n'est plus que peu ou point sensible à la pression. Les vomissements ont cessé, les selles ont reparu.

A coup sûr on pourrait, sans grand danger, laisser la hernie en place. La récidive prompte des accidents est possible, mais elle est rare chez les malades qui

ne commettent pas d'imprudence, et qui gardent pendant un temps suffisant la diète et le repos. En tous cas, beaucoup de malades guérissent sans aucune réduction, ceux, par exemple, dont la hernie était déjà irréductible avant l'inflammation actuelle.

Cela ne doit pas déterminer le chirurgien à différer trop longtemps la réduction, et ici il y a plusieurs arguments à faire valoir.

Et d'abord, c'est au moment qui nous occupe, c'est-à-dire au déclin de l'inflammation, que les adhérences s'organisent; si vous laissez la hernie en place, les adhérences se produiront, et l'irréductibilité pourra devenir définitive.

Puis le malade sera exposé à des récidives ultérieures. Rien ne dispose à l'inflammation comme une autre inflammation qui a déjà frappé le même organe. Les conjonctivites, les amygdalites, les coryzas, les ostéites en fournissent de nombreux exemples. Les hernies sont dans le même cas. On n'a pas oublié que Goursaud donna des soins à un homme qui, en quelques années, éprouva plus de cent fois dans sa hernie des accidents d'engouement, c'est-à-dire d'inflammation. Le moindre excès de fatigue, le moindre écart de régime peut déterminer la récidive des accidents dans une hernie non réduite.

Enfin, et surtout, l'inflammation des hernies, cet accident toujours fâcheux et parfois funeste, peut, après la guérison, être utilisé par le chirurgien au bénéfice du malade. A la faveur des derniers restes

de l'inflammation, l'application méthodique d'un bandage peut déterminer des adhérences à la partie supérieure du sac et amener une cure radicale complète, ainsi qu'on en trouve un bel exemple dans l'intéressant mémoire de M. Roustan ([1]).

Pour tous ces motifs, le taxis doit être tenté dès que l'inflammation s'éteint, mais toujours avec prudence, de peur de réveiller les accidents. Il ne faut jamais employer une grande force; il vaut mieux attendre encore quelques jours. Il arrive souvent que la tumeur se réduit en partie sous l'influence d'une pression méthodique, et que ce jour-là, du moins, on ne peut aller plus loin. Il ne faut pas se décourager, mais, avec des bandes et des compresses, maintenir la tumeur jusqu'au lendemain dans cet état de réduction imparfaite, et recommencer alors les tentatives. Pour les oschéocèles, un assez bon moyen de réduction lente consiste à appliquer un suspensoir et à introduire chaque jour de nouvelles compresses entre le suspensoir et la tumeur ([2]).

Et maintenant préciserons-nous les époques où doivent être remplies ces trois indications différentes :

([1]) Roustan, *De quelques modes de guérison naturelle des hernies.* (*Journal de chirurgie* de Malgaigne, 1843, t. I, p. 327, observ. 11.)

([2]) Depuis que cette thèse a été écrite, j'ai eu l'occasion de réduire définitivement, à la suite d'une inflammation herniaire, un omphalocèle volumineux qui était irréductible depuis cinq ans. L'inflammation avait sans doute ramolli les adhérences, et une compression méthodique et croissante, exercée pendant huit jours, finit par faire entièrement rentrer la hernie dans le ventre. (*Note de la 2e éd.*)

le taxis précoce, l'expectation, le taxis consécutif? Nous ne le pouvons pas. Le chirurgien subordonnera sa conduite aux caprices de l'inflammation. Telle hernie pourra être réduite sans péril, trois, quatre jours après l'apparition des premiers symptômes; telle autre devra être respectée dès le second jour. L'époque où le taxis redevient applicable varie plus encore. C'est en général, dans les cas simples, au bout de cinq à six jours; mais quelquefois aussi il faut attendre deux et trois semaines. Pour se guider au milieu de ces variations, le chirurgien interrogera surtout la douleur locale, qui est la meilleure pierre de touche pour reconnaître l'état actuel du travail inflammatoire.

Je ne crois pas devoir décrire les divers procédés de taxis. J'indiquerai, à propos de la hernie étranglée, certains moyens plus ou moins raisonnés qui ont été dirigés indistinctement contre toutes les hernies devenues subitement irréductibles.

Ceci dit sur le taxis, je m'étendrai beaucoup moins sur les autres indications du traitement.

Le traitement est local ou général.

Le traitement local est essentiellement antiphlogistique. Les sangsues donnent de bons résultats. En tous cas, la tumeur doit être recouverte de cataplasmes. S'il s'agit d'une de ces grosses hernies qui remplissent tout le scrotum des vieillards, et dans lesquelles la verge finit par disparaître, il sera nécessaire de maintenir la tumeur élevée par un procédé quel-

conque. L'influence de l'élévation sur la résolution de l'inflammation est aujourd'hui bien connue, depuis les travaux de M. Gerdy, et l'on ne devra pas négliger un moyen aussi simple et aussi utile.

Le froid, comme on sait, est un bon moyen anti-phlogistique. On a beaucoup préconisé, dans le siècle dernier, les applications froides sur la tumeur. Tout le monde connaît cette observation de Guyenot, publiée comme un cas d'engouement, et où, après l'application de la glace, on en vint à l'opération. L'épiploon, qui constituait une partie de la tumeur, était gelé et tellement dur qu'il ne put être réduit. L'application de la glace avait donné à la peau une couleur rouge foncée, et n'avait en rien diminué le volume de la tumeur. (1) La réfrigération a fourni de nombreux succès, mais elle a été souvent suivie d'accidents graves. C'est une ressource utile dont il ne faut pourtant pas abuser, et qu'on ne doit appliquer qu'avec réserve et prudence. Le froid est une arme à deux tranchants. Il peut éteindre l'inflammation, mais il peut amener la gangrène.

On a employé le froid d'une autre manière. On a fait sur la tumeur des affusions destinées à faire rentrer spontanément la hernie. Je reviendrai sur ce moyen en parlant du traitement de l'étranglement.

Le traitement général est sujet à quelques contestations.

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. IV, p. 259, observ. 9 du mémoire de Goursaud.

Le repos au lit est de rigueur pendant toute la durée de la maladie. La diète doit être absolue aussi longtemps que durent soit les vomissements, soit la constipation. Lorsque les selles sont rétablies, et que la pression abdominale n'est plus douloureuse, on peut permettre quelques bouillons ; enfin les aliments solides ne seront prescrits qu'après la disparition complète de tous les symptômes inflammatoires.

Les bains sont d'un très utile secours, surtout pour favoriser le taxis. C'est un moyen qu'il ne faut jamais négliger.

La saignée générale est quelquefois indiquée ; mais on ne doit pas perdre de vue qu'on a souvent affaire à des vieillards, et que la constitution des malades peut contre-indiquer ce moyen thérapeutique.

Reste la question des purgatifs. C'est celle-là qui est controversable.

L'inflammation des hernies a été longtemps et est encore désignée par quelques personnes sous le nom d'engouement. L'idée erronée que l'accumulation des matières dans l'intestin hernié était la cause des accidents, a fait naître l'idée des purgatifs. Nous n'acceptons pas le point de départ de cette théorie : mais, à côté de l'idée, il y a le fait. Toute la question se réduit donc à ceci : Les purgatifs sont-ils utiles dans l'inflammation des hernies ?

Certes, il n'est pas douteux qu'il y aurait avantage à rétablir la liberté du ventre. L'accumulation, la rétention des sécrétions intestinales, est pour beaucoup

dans les accidents généraux et dans l'aggravation de l'inflammation péritonéale. Il est donc indiqué de rétablir, s'il se peut, le cours des matières ; mais à une condition, c'est que les moyens employés ne seront pas plus nuisibles que l'élément qu'ils sont destinés à combattre.

Les lavements simples, les lavements légèrement purgatifs, ceux qu'on prépare, par exemple, avec l'huile de ricin ou le sulfate de soude, offrent tout avantage, et l'on ne doit jamais les négliger. Ils ont rendu quelquefois de véritables services.

Mais il y a encore les lavements irritants destinés à exciter la contraction intestinale, à rétablir le mouvement péristaltique, et enfin à provoquer dans la hernie une agitation propre à favoriser la réduction. Ceux-là je n'hésite pas à les proscrire. Les inflammations abdominales n'ont déjà que trop de tendance à se produire. Il me paraît inutile d'en faciliter le développement.

Je ferai la même distinction pour les purgatifs administrés par la bouche, avec cette différence qu'ici les inconvénients sont beaucoup plus graves. Les purgatifs irritants doivent donc être rejetés d'une manière absolue. Quant aux purgatifs doux, tels que les sels neutres, ils ont été employés avec succès dans un grand nombre de cas. Goursaud a préconisé le sel d'Epsom (sulfate de magnésie) et lui a attribué beaucoup de cures heureuses.

Tel est, en abrégé, le traitement de l'inflammation

herniaire simple. Quelques mots maintenant sur le traitement des complications.

La péritonite doit être attaquée par les antiphlogistiques, ce qui n'est pas toujours possible chez les vieillards. Sangsues, saignées, cataplasmes légers, onctions mercurielles, etc., c'est le traitement de toutes les péritonites.

La formation d'un abcès dans le sac herniaire ou dans les couches environnantes réclame l'ouverture au bistouri. On procédera avec précaution comme dans toutes les opérations que l'on pratique sur les hernies. La principale difficulté consiste à reconnaître la nature du mal. Toutefois, la persistance de l'inflammation locale après la disparition de tous les autres symptômes, l'altération de la peau, l'accroissement lent de la tumeur, la fluctuation, lèveront en général les doutes. Le sac ouvert et le pus écoulé, il y a à se demander quelle conduite on doit tenir relativement aux parties contenues dans la hernie.

Si c'est un épiplocèle, il n'est pas nécessaire d'y toucher. L'épiploon se détache souvent de lui-même, ou encore il reste en place en totalité ou en partie, et cela n'empêche pas la cicatrisation de s'opérer. Si c'est un entérocèle, le cas est plus douteux. Les faits propres à juger la question sont peu nombreux. En général pourtant l'intestin est enveloppé d'une couche de lymphe plastique. Cette même lymphe ferme toute communication entre le sac et la cavité abdominale. Ira-t-on détruire cette barrière pour

opérer une réduction qui n'est pas nécessaire, qui ne le serait que s'il y avait étranglement? Dans un cas de ce genre, que j'ai rapporté (obs. XV), A. Cooper se décida à laisser l'intestin en place. Il ne survint aucune perforation, quoique le malade eût survécu vingt-neuf jours à l'opération. « Il n'avait paru résulter aucun effet fâcheux de l'état où se trouvait l'intestin. »

Il est bien entendu que s'il y avait dans la hernie un corps étranger, on en pratiquerait l'extraction avec tous les ménagements possibles. Cette extraction, du reste, ne serait indiquée que si le corps étranger avait perforé ou gangrené l'intestin.

Mais il reste une dernière complication, la plus grave et aussi la plus difficile à reconnaître. Que fera-t-on lorsque l'inflammation sera compliquée d'étranglement? Ici surgit une nouvelle indication. Nous la retrouverons quand nous parlerons de l'étranglement proprement dit.

CHAPITRE III.

DE L'ÉTRANGLEMENT PROPREMENT DIT.

Il y a étranglement dans une hernie lorsque les viscères déplacés éprouvent une *constriction* qui gêne

la circulation sanguine et celle des matières stercorales, qui s'oppose à la rentrée dans l'abdomen et qui donne lieu à des symptômes fâcheux. (Gosselin.)

§ Ier. — Historique.

L'étranglement a reçu son nom au milieu du XVIIe siècle. Avant cette époque, toutefois, quelques auteurs, tout en décrivant l'engouement, avaient indiqué quelques symptômes, quelques caractères auxquels nous pouvons reconnaître aujourd'hui l'étranglement véritable.

La première notion de ce genre remonte jusqu'à Celse. Après avoir, dans le 18e chapitre du livre VII, décrit l'engouement d'une manière précise (voyez plus haut, p. 21), Celse arrive, dans le chapitre XX, à parler d'un autre accident. Il est question des hernies de l'enfance, et du traitement de ces hernies par le bandage. Ce moyen procure souvent, dit l'auteur, la guérison définitive par l'agglutination des tuniques. Puis il continue aussitôt : *Rursus, si ætas processit, multumque intestini descendisse ex tumore magno patet, adjiciunturque dolor et vomitus, quæ ex stercore, ex cruditate eo delapso ferè accidunt; scalpellum adhiberi sine pernicie non posse manifestum est* (1). Suit la description des moyens non chirurgicaux qu'on doit em-

(1) Celse, édit. Targa, Strasbourg, 1806, in-8, t. I, p. 421, liv. VII, chap. 20.

ployer en pareil cas. C'est à la suite de ce passage que Celse parle des grosses hernies irréductibles et de l'inflammation qui peut les compliquer (voy. plus haut, p. 61). C'est-à-dire qu'après avoir parlé de l'engouement pur, et avant d'en venir à l'inflammation, Celse parle d'un autre accident des hernies, accident dont il annonce la gravité toute particulière, accident qui se produit sur les hernies maintenues par un bandage, accident enfin qu'il est bien difficile aujourd'hui de ne pas rapporter à l'étranglement proprement dit.

Puis il se fait un long silence, et jusqu'au XVI[e] siècle les auteurs, soit dans leurs théories, soit dans leurs descriptions, ne parlent plus de ce cas particulier indiqué par Celse, et il faut arriver à Franco pour trouver enfin une nouvelle indication.

La raison de ce silence n'est peut-être pas impossible à donner. L'étranglement véritable devait être chez les anciens beaucoup moins fréquent qu'aujourd'hui. Personne n'ignore que cet accident survient surtout chez les individus qui ont maintenu leur hernie. Or, l'emploi des moyens de contention était autrefois bien plus restreint qu'aujourd'hui. Je n'ai pas à faire ici l'histoire des bandages. On pourra consulter sur ce point les leçons cliniques de M. Malgaigne (1). On y verra que la première application des bandages métalliques proprement dits ne re-

(1) Malgaigne, *Leçons cliniques sur les hernies*, recueillies par Gelez. Paris, 1841, in-8, p. 82.

monte pas au delà du XIV[e] siècle, et que ce moyen thérapeutique, oublié et repris à diverses époques, n'entra définitivement dans la pratique qu'au commencement du XVII[e]. Franco vivait un peu avant cette dernière époque ; c'est ce qui explique peut-être pourquoi il n'a parlé qu'incidemment de ce que nous appelons aujourd'hui l'étranglement vrai.

Ce chirurgien, comme on sait, est l'inventeur de l'opération de la hernie étranglée. J'ai déjà dit (voir p. 24) qu'à l'exemple de ses prédécesseurs, il attribua d'abord les accidents herniaires à la rétention des matières fécales, c'est-à-dire à l'engouement. Cette opinion, qu'il fut obligé, par la suite, de modifier légèrement, le conduisit à élargir, au moyen d'une incision, le *pertuis du péritoine*, que nous nommons aujourd'hui le collet du sac. Il n'avait, du reste, aucune connaissance des phénomènes qui constituent l'étranglement proprement dit, mais, en cherchant à déterminer les indications et les contre-indications de l'opération qu'il avait imaginée, il entrevit certainement la distinction clinique de la hernie enflammée et de la hernie étranglée. Le passage mérite d'être rapporté textuellement :

« Car, aduenant que les remedes par voye de me-
» decine ne seruissent pour la suffisance de la cause,
» faudroit venir à la Chirurgie et œuure de main.
» Auec ce, que si le scrotum et parties genitales et
» circonuoysines ont changé de couleur comme cou-
» leur noire, liuide ou bleuë, et autres mauuaises

» couleurs, et aussi que l'hernie soit *plustost ronde que* » *longue*, qui sont presages de mort, et alors suis » d'opinion que l'on n'entreprenne point telles cures » afin de n'encourir honte. Car l'esperance est nulle » ou bien petite.... Si ces choses n'aduiennent point » et que le scrotum demeure en sa couleur et *plustot* » *en long que rond* (i'appelle rond ce qui est à peu » pres comme vne boule, car l'autre ne laisse d'estre » ronde, mais aussi oblongue et en poincte et comme » en forme d'œuf), apres auoir tenté tous autres » moyens nous viendrons à la main [1]. » Suit la description de l'opération.

En interprétant ce passage avec les connaissances modernes, on peut dire que Franco a connu la différence qui existe, au point de vue de la symptomatologie et du pronostic, entre les deux accidents que nous désignons aujourd'hui sous le nom d'étranglement et d'inflammation herniaires. Ces hernies *plustost rondes que longues* qui communiquent promptement à la peau ou *couleur mauuaise, noire, liuide ou bleuë*, et qui sont incomparablement plus dangereuses que les autres, rentrent manifestement dans la catégorie des hernies réellement étranglées. Franco les croyait tellement graves, qu'il ne les opérait même pas, *l'espérance* étant *nulle ou bien petite*. Il est au moins curieux de constater que l'opération de la her-

[1] Franco, *Traité tres ample des hernies*. Lyon, 1561, in-12, p. 45.

nie étranglée a été imaginée précisément pour les hernies qui ne sont pas le siége d'un étranglement véritable, car il est permis de penser que ces hernies *oblongues*, ovoïdes, sans changement de couleur à la peau, moins graves, et surtout plus curables que les autres, ces hernies enfin dans lesquelles Franco, au moment de l'opération (car c'était les seules qu'il opérât) trouvait « *des flatuositez et autres choses venteuses*, » il est permis, dis-je, de penser que ces hernies étaient le siége d'une inflammation, et non d'un étranglement véritable.

Ainsi, au point de vue de l'observation clinique, Franco distingue certainement l'inflammation de l'étranglement. Mais il ne tire pas parti de cette donnée précieuse pour rectifier les théories du temps.

Ces remarques importantes restent perdues pendant longtemps. Couillard, il est vrai, parle aussi de la différence qui existe entre les hernies longues et les hernies rondes, mais ce passage, presque textuellement *copié* dans Franco, ne renferme rien de nouveau (1). Je note ceci comme preuve que Couillard avait entre les mains le livre de Franco, et que par conséquent il n'est pas excusable d'avoir cherché à s'approprier l'opération de la hernie étranglée.

Mais continuons à chercher dans les auteurs la distinction clinique entre l'inflammation et l'étranglement des hernies.

(1) Couillard, *Le chirurgien operateur*. Lyon, 1640, in-8, p. 143.

En 1665, Nicolas Lequin, l'inventeur des bandages d'acier, publia sur les hernies un livre très court, mais plein de remarques originales. Pour la première fois, il distingua les hernies crurales, et en signala la fréquence chez les femmes ; puis il parla de l'*étranglement* — l'étranglement portait déjà ce nom — en termes parfaitement clairs.

« Cet étranglement se rencontre presque toûjours
» aux petites Descentes en fusées, le plus souvent aux
» personnes maigres, de temperamment secq, et
» quand le passage est petit et étroit... ; il se faut bien
» precautionner contre ces sortes de Descentes, et ne
» faire comme ceux qui ne sont versez et experts en
» nostre Art, qui croyent que pour estre petites elles
» sont moins dangereuses ; car c'est tout le contraire,
» estant celles à qui il faut le plus prendre garde,
» estant plus à craindre, et sur tout aux femmes de
» temperamment que j'ay cotté cy-dessus, esquelles
» l'operation se trouve souvent difficile, ayant d'ordi-
» naire l'os Pubis beaucoup plus eslevé que les
» hommes, ce qui cause que l'étranglement se fait plus
» profondement en un lieu, et proche de la cuisse, en
» la partie la plus cave et difficile à penetrer avec
» les instrumens propres à faire l'operation (1). »

Ainsi, les conditions qui sont aujourd'hui considérées par tout le monde comme propres à favoriser l'étranglement, sont ici nettement signalées, et les

(1) Nicolas Lequin, *Traité des hernies ou descentes*. Paris, 1665, in-12, p. 9 et 10.

particularités de la hernie crurale sont indiquées avec précision.

La distinction des accidents des hernies en deux catégories se trouve implicitement contenue dans l'ouvrage de Blegny, publié en 1673, et dans celui de Wiseman, publié trois ans plus tard; mais bientôt cette distinction disparaît : engouement, inflammation, étranglement, tout se fond peu à peu dans une description unique, au grand détriment des malades qu'on traite toujours comme si leurs hernies étaient étranglées, et cela dure jusqu'à la publication du mémoire de Goursaud en 1768.

Depuis lors il n'y a plus eu d'oscillations dans la science. Tout le monde a distingué, sous des dénominations diverses, les accidents herniaires en deux classes ; tout le monde a reconnu en principe la différence des indications, et s'il y a eu des contestations, elles ont porté seulement sur l'appréciation de certains cas intermédiaires, sur lesquels aujourd'hui même on n'est pas d'accord.

Ceci dit sur l'historique de la *maladie*, cherchons l'origine des *théories* de l'étranglement.

Il est vaguement question, dans Avicenne, d'une coarctation exercée sur l'intestin. Le chapitre est presque textuellement copié dans Aëtius et dans Paul d'Egine, mais on y remarque la phrase suivante, — il s'agit des hernies ventrales ou ombilicales — : « Et non » dolent in principio quoniam expulsum in ea sunt » intestina minuta : et sunt compressa, *coarctata*,

» et retinetur fæx, et evomunt eam, et est de genere » ileos [1]. »

Franco parle aussi quelque part du «*pertuis du » peritoine qui est trop petit à comparaison des intes- » tins* [2].» Rousset désigne l'étranglement sous le nom de «*captivité de boïeau* aux hernieux intesti- » naires, qui sont jà en iliaque et prets à mourir si on ne » les incise avec *soudaine amplification de l'ouverture* » du peritoine [3].» Paré, décrivant les accidents des hernies dit: «Incontinent il s'y fait inflammation et » accroissement de douleur, et qui pis est, vn regor- » gement de la matiere fecale, que le malade reiette » par la bouche, puis gangrene et mortification: et » pour la *stricture du boyau*, la chaleur naturelle est » esteinte et suffoquee, dont tost apres la mort s'en- » suit [4]. »

L'idée que l'intestin était retenu par un agent constricteur s'était donc déjà présentée à l'esprit de plusieurs auteurs. Mais cette idée n'avait pas encore été formulée nettement. La nature de l'agent constricteur n'avait pas été indiquée; il faut en excepter Franco qui en accusait *le pertuis du peritoine*. On croyait encore à cette époque, que certaines hernies

(1) Avicenne, liv. III, fen. XXII, tract. I, cap. II. Je reproduis textuellement ce latin de cuisine, qui se retrouve aussi bien dans la traduction d'Alpago que dans l'édition de Costeo et Mongius.

(2) Franco, *Traité très ample des hernies*, 1561, p. 45.

(3) Rousset, *Traité nouveau de l'hysterotomotokie ou enfantement cesarien*. Paris, 1581, in-8, p. 60.

(4) A. Paré, liv. VIII, chap. XV. Paris, 1614, in-fol., p. 309.

en s'échappant perforaient la séreuse abdominale. Mais cette erreur antique commençait à disparaître, et dès lors comment expliquer la constriction de l'intestin?

Chercher dans cette première ébauche d'une théorie de l'étranglement, l'origine de l'étranglement par le collet du sac, serait, à mon avis, abuser du droit d'interprétation, puisque Franco parlait précisément des hernies avec rupture du péritoine, c'est-à-dire de celles qui, suivant lui, n'avaient pas de sac.

La doctrine de l'étranglement ne prit une consistance réelle, que lorsque Riolan eut décrit l'anneau du grand oblique, et imaginé deux autres anneaux placés obliquement derrière le premier. Imaginé, ai-je dit; ce mot n'est peut-être pas tout à fait exact, car il est probable que Riolan a réellement vu l'anneau inguinal interne, et l'a pris pour une ouverture du muscle transverse. En tout cas, il a indiqué la possibilité d'un étranglement par cet anneau (*annulus postremus*), et la nécessité de le débrider dans certains cas. C'était en quelque sorte le prélude de la découverte de l'anneau abdominal par A. Cooper, et de sa théorie sur le siége de l'étranglement. Mais n'anticipons pas sur les dates.

Les anneaux une fois décrits, la théorie n'était pas loin. Pour Riolan (1), pour Blegny (2), l'étranglement

(1) Riolan, *Encheiridium anatomicum*. Paris, 1658, in-12, p. 96, 167, 398.

(2) Blegny, *L'art de guerir les hernies ou descentes*, 3e édit. Paris, 1688, in-12, p. 16, 81, 106.

peut être produit par les trois anneaux. Méry adopte la même idée. Mais en même temps Verduc et Saviard annoncent que c'est toujours l'anneau de l'oblique externe qui est la cause de l'étranglement. Cette opinion, acceptée par Garangeot, prit plus tard un nouveau développement, lorsque Winslow eut démontré que le petit oblique et le transverse ne possèdent aucun anneau (1).

Depuis lors la doctrine de l'étranglement par l'anneau externe fut pliée à tous les cas, et servit à expliquer tous les accidents des hernies. Pour les accidents les moins graves, Richter créa la théorie de l'*étranglement spasmodique*, ou plutôt il ne fit que la développer, car elle avait déjà été émise par Mauchart en 1722 (2).

Cependant la hernie crurale, décrite par Nic. Lequin, comme on l'a vu plus haut (p. 141), puis par Paul Barbette, par Verheyen, et enfin par Garangeot et par Freind, la hernie crurale venait de prendre définitivement place dans la science. Il s'agissait, pour elle aussi, de trouver quel pouvait être l'agent de la constriction. Or, l'anneau crural n'était pas encore connu et l'on n'avait, pour expliquer l'étranglement, que le ligament de Fallope.

(1) On trouvera un historique plus détaillé, et des indications plus complètes sur cette question, dans le mémoire de M. Malgaigne (*Gazette médicale*, 1840, p. 610).

(2) Mauchart, *Dissert. de hernia incarcerata*. Thèse inaug., Tubinge, 1722, in-4, p. 15.

Hernie inguinale étranglée par l'anneau du grand oblique, hernie crurale étranglée par le ligament de Fallope, telle fut la doctrine qui prévalut auprès de l'Académie de chirurgie. Cet étranglement par le ligament de Fallope était difficile à comprendre. Mais tout sembla fort clair le jour où Gimbernat, en 1793, découvrit l'anneau crural; le bord tranchant du ligament de Gimbernat parut rendre compte d'une manière satisfaisante de l'étranglement de la hernie crurale.

Quelques années après, A. Cooper découvrit l'anneau inguinal interne, et décrivit pour la première fois, d'une manière précise, le canal inguinal. Cédant à ce penchant naturel qui nous porte à exagérer l'importance de nos découvertes, il pensa que l'étranglement de la hernie inguinale était presque toujours produit par l'anneau supérieur; il n'en excepta que l'étranglement des hernies volumineuses et anciennes. Or, on a vu plus haut que les accidents de ces dernières hernies dépendent de l'inflammation, et non de l'étranglement véritable. Par conséquent, au point de vue où nous nous sommes placé, l'étranglement proprement dit serait toujours produit, suivant A. Cooper, par l'anneau abdominal, et non point par l'anneau inguinal externe comme on le professait avant lui [1].

[1] A. Cooper, *Œuvres chirurgicales*, trad. Chassaignac. Paris, 1837, p. 236.

Puis les idées qu'on se faisait de l'étranglement dans la hernie crurale se modifièrent à leur tour. Un passage assez obscur de la *Splanchnologie* de Garengeot, un texte beaucoup plus précis de Georges Arnaud et une affirmation de Richter montrent que déjà au XVIIIe siècle on avait reconnu la possibilité de l'étranglement par ce que nous appelons aujourd'hui le *fascia cribriformis*. Au commencement de notre siècle, Scarpa décrivit le canal crural, auquel il donna un orifice supérieur et un orifice inférieur. Ce dernier est artificiel, mais ce qui existe réellement, c'est ce prolongement du *fascia lata* qui va s'insérer sur l'arcade crurale au niveau de l'anneau, et qui a été désigné depuis sous le nom de repli falciforme d'Allan Burns. Or, Scarpa avait reconnu que cette toile aponévrotique participait souvent à l'étranglement et demandait à être débridée dans l'opération de la hernie crurale [1].

En Angleterre, Ch. Bell, et surtout Hey, avaient décrit aussi un appareil aponévrotique émané de l'anneau crural et propre à étrangler les hernies. Des confusions nombreuses se sont produites relativement à ces deux ligaments d'Allan Burns et de Hey. Il n'entre pas dans mon plan de montrer comment ils se sont transformés, puis confondus sous la plume de certains auteurs. On pourra consulter sur ce sujet une publication récente et très complète de M. De-

[1] Scarpa, *Traité des hernies*, trad. Cayol. Paris, 1812, p. 226.

ville (1). J'ai voulu constater seulement que, depuis le commencement de ce siècle, il est reconnu que l'étranglement de la hernie fémorale n'est pas toujours produit par le ligament de Gimbernat.

Voilà pour les anneaux. Il est nécessaire maintenant de revenir sur nos pas.

L'étranglement par les anneaux était admis comme doctrine générale, mais on savait depuis longtemps que certaines hernies peuvent s'étrangler d'une autre manière.

Il y avait d'abord l'étranglement par torsion de l'intestin, indiqué déjà par Pigray, accident réel sans aucun doute, mais plus souvent décrit que constaté. Il y avait ensuite les étranglements produits par des brides dans les grosses hernies. Il y avait enfin *l'étranglement par le collet du sac.*

La connaissance du sac herniaire n'est guère antérieure au XVIIIe siècle. Du temps de Celse, on croyait que les viscères, avant de sortir du ventre, commençaient toujours par rompre le péritoine. C'est par erreur que Dujardin a dit, dans son *Histoire de la chirurgie*, que Celse admettait des hernies par simple relâchement du péritoine (2). Dans le chapitre XVII du 7e livre, auquel il renvoie, il est dit précisément le contraire. La mauvaise traduction de Ninnin a induit Dujardin en erreur. Ce fut Léonidès, d'Alexan-

(1) Deville, *Coup d'œil sur la chirurgie anglaise. — Des hernies crurales*. Paris, 1853, p. 9; chez Victor Masson.

(2) Dujardin, *Histoire de la chirurgie*. Paris, 1774, t. I, p. 167.

drie, qui pour la première fois distingua deux sortes de hernies, les unes par rupture, les autres par relâchement [1]. Dès lors, l'existence du sac herniaire était implicitement admise, mais aucun auteur ne jugeait nécessaire d'en parler. En revanche on indiquait avec soin la gaîne fibreuse des hernies, ou plutôt celle du cordon, car il n'était question alors que des hernies inguinales obliques externes. Le péritoine, composé de deux lames superposées, se dédoublait, disait-on, au niveau de l'aine. Son feuillet interne restait dans le ventre. L'externe se prolongeait sur le cordon et l'entourait de toutes parts. Cette description, au surplus, ne s'écartait pas autant de la réalité qu'on pourrait le croire au premier abord, car la lame externe du péritoine correspondait à notre *fascia transversalis*.

Quoi qu'il en soit, la gaîne du cordon, et par conséquent l'enveloppe fibreuse des hernies, portait le nom de *processus* du péritoine, d'*apophyse*, de *production* du péritoine. Pendant longtemps les auteurs ne parlèrent pas d'autre chose.

J'ai cité, dans le précédent chapitre (page 65), un passage de Wiseman, qui attribuait l'étranglement à la striction exercée sur la hernie par la *production* du péritoine. De là à l'étranglement par l'anneau abdominal il n'y avait pas loin. Wiseman a précédé A. Cooper. Décidément cette idée de l'étranglement

(1) Aetius. Tetrab. IV, serm. 2, cap. 23, édit. H. Estienne, dans *Artis medicæ principes*. Paris, 1567, in-fol., col. 693, E.

par le *fascia transversalis* est bien d'origine anglaise.

Jusqu'alors, il n'était pas encore question du sac, ou plutôt personne ne l'avait décrit.

En 1692, Nuck, rapportant l'autopsie très curieuse d'une femme morte de hernie inguinale, dit que l'intestin était contenu dans le diverticulum péritonéal qu'on appelle aujourd'hui le *canal de Nuck*. Il ajouta même, et c'est là le point capital, que l'ouverture de ce diverticulum, resserrée sur l'intestin, était la cause de l'étranglement (1). Mais ce n'était pas encore une indication précise du sac herniaire, attendu que cette hernie correspondait à ce qui, chez l'homme, porte le nom de hernie congénitale.

J'ai lieu de croire que ce fut Verduc qui, en 1694, eut le mérite de décrire pour la première fois le sac herniaire, d'en indiquer l'origine, et d'en suivre le trajet le long des productions du péritoine (2). En 1701, six ans après Verduc, Méry communiqua à l'Académie des sciences ses recherches sur les hernies, et cette fois ce n'était plus le sac seulement, mais les autres enveloppes qui étaient énumérées et même décrites avec une certaine précision. Toutefois les modifications diverses du sac herniaire étaient encore inconnues, et personne, par exemple, ne se doutait de l'existence du collet.

Le collet fut trouvé par les chirurgiens avant d'être

(1) Nuck. (Voyez plus haut la note de la page 44.)

(2) Verduc, *Pathologie de chirurgie*. Paris, 1694, in-8, t. II, p. 913 à 914.

vu par les anatomistes. Ce furent les opérations pratiquées pour des hernies étranglées, ce furent les autopsies des individus qui avaient succombé à ces affections, qui révélèrent à la fois et l'existence du collet et ses propriétés funestes. Et ici il y a un contraste frappant entre l'origine de ces deux doctrines, dont l'une attribue l'étranglement au collet du sac, et l'autre aux anneaux. Celle-ci fut fille du raisonnement ; celle-là dut le jour à l'expérience.

J'ai parlé plus haut de l'autopsie faite par Nuck en 1692. M. Malgaigne rapporte deux observations d'une date plus reculée : l'une due à Formi, et l'autre à Schrœkius, de Breslau. Ces faits, négligés à l'époque où ils parurent, suffisaient sans aucun doute pour prouver que l'étranglement n'était pas produit par les anneaux. Mais ils ne pouvaient conduire à reconnaître le véritable mécanisme de l'étranglement à une époque où le sac herniaire n'avait même pas encore été décrit.

Saviard était déjà dans de meilleures conditions. Il connaissait bien le sac, et il savait même comment il fallait s'y prendre pour ne pas le confondre avec l'intestin dans l'opération de la hernie étranglée, et pour éviter de réduire en bloc le sac avec la hernie. Il avait assisté à une opération où le chirurgien avait ainsi fait la réduction en masse ; il avait vu l'étranglement persister, fait lui-même l'autopsie, trouvé l'intestin encore étranglé dans le sac, et cela ne lui avait pas ouvert les yeux, et ce fût précisément dans cette

même observation XIX où il rapporta le fait qui précède, qu'il émit cette proposition générale : *L'anneau de l'oblique externe fait toujours l'étranglement* (1).

Une autre autopsie, faite en 1725 par Ricot, chirurgien de Saint-Denis, fut plus fructueuse que la précédente ; il fut parfaitement constaté que l'étranglement était produit par le collet du sac, et que l'anneau n'y prenait aucune part. La même année Ledran rencontra dans sa pratique un cas de ce genre, et pratiqua un débridement sur le collet pour réduire une hernie étranglée. L'année suivante, la preuve palpable, la preuve définitive de ce mécanisme de l'étranglement fut enfin acquise. Une hernie étranglée fut réduite en bloc. L'étranglement persista, le malade mourut. Ledran fit l'autopsie en présence d'Arnaud, et il fut reconnu que le sac avait été réduit avec la hernie, et que l'étranglement, produit par le collet, avait continué à s'opérer dans la cavité abdominale (2).

C'était Arnaud qui avait si malheureusement réduit cette hernie. Le souvenir en resta dans sa mémoire, et lorsque, plus de vingt ans après, il publia son *Traité des hernies*, il commença son second volume par un chapitre intitulé : *De l'étranglement de l'in-*

(1) Saviard, *Observations de chirurgie*. Paris, 1702, in-12, p. 107, 108, et 109.

(2) Arnaud, *Traité des hernies*, édit. anonyme. Paris, 1749, in-12, t. II, p. 48, observ. 6. — Et Ledran, *Observations de chirurgie*. Paris, 1731, in-12, t. II ; obs. 57, p. 6, et obs. 58, p. 11.

testin par le péritoine. Après avoir décrit le sac herniaire et son *embouchure* (collet), après avoir indiqué les transformations que cette embouchure peut subir, il cita treize observations d'étranglement produit par le collet du sac, et l'une de ces observations était même relative à une hernie qui présentait deux collets superposés et deux étranglements (1).

C'est-à-dire que l'existence de l'étranglement par le collet du sac était établie sur les preuves les plus irréfragables; et cependant cette idée ne fit pas fortune. Ledran fut rudement tancé par Louis pour avoir accepté de semblables faits. La doctrine de l'étranglement par les anneaux sortit triomphante de la lutte. Il est vrai qu'Arnaud ne pouvait se défendre, car il était absent, et pour cause (2).

Toutefois les faits restaient; d'autres se produisirent. L'étranglement par le collet, résolûment nié par les uns, était timidement accepté par les autres, comme constituant un mécanisme exceptionnel.

On dit généralement que l'étranglement par le collet du sac fut réhabilité par Scarpa : c'est une erreur. Cette doctrine était née en France; c'est en France qu'elle a pris tout son développement. Voici de quelle manière Deschamps s'exprimait en 1791 :

« Dans le grand nombre de hernies étranglées que

(1) Arnaud, *loc. cit.*, p. 90.

(2) Voir, sur les causes déplorables de l'exil d'Arnaud, un article de M. Marchesseaux, dans le *Journal de chirurgie* de Malgaigne, 1845, t. III, p. 191.

» j'ai opérées, j'ai constamment observé que les her-
» nies anciennes *pour lesquelles on a porté un bandage*,
» et qui ont été suivies d'étranglement, ne pouvaient
» plus être réduites par le taxis. et l'opération, par les
» remarques qu'elle m'a donné lieu de faire, m'a
» constamment prouvé cette impossibilité.

» *Dans ces cas*, le sac herniaire a presque toujours,
» et souvent en peu de temps, acquis une épaisseur
» considérable. Souvent même l'aplatissement par le
» brayer détermine, comme on sait, un collet qui
» étrangle la portion intestinale sortie, et, dans ces
» cas, tous les efforts sont inutiles pour la réduction...
» Dans cette espèce de hernie, on sent rentrer dans
» le ventre une petite portion d'intestin, et, en effet,
» presque toujours il en rentre une, celle qui se
» trouve entre l'anneau et le collet du sac; car, dans
» toutes ces hernies, l'anneau reste dilaté, le collet
» du sac forme seul l'étranglement; mais la portion
» d'intestin, enfermée dans le sac, ne rentre ni en
» totalité, ni en partie, etc. [1]. »

Et Deschamps ajoute en note que. dans les hernies anciennes, au contraire, c'est l'anneau qui fait obstacle au taxis, mais que l'étranglement alors n'est jamais bien considérable, et se laisse souvent réduire.

L'ouvrage de Scarpa eut plus de retentissement que l'article qui précède, et contribua par conséquent beaucoup à habituer les chirurgiens à cette idée, que

[1] Deschamps, dans *Journal de Fourcroy*, 1791, t. II, p. 58 et 59.

le collet du sac produit souvent l'étranglement. Dupuytren fut conduit peu à peu à considérer ce mécanisme comme plus fréquent que l'autre. Déjà, en 1819, il fit publier par Maunoury une thèse destinée à démontrer que les étranglements ont fréquemment leur siége au-dessus de l'anneau inguinal externe, et qu'en pareil cas c'est souvent le collet du sac qui est l'agent constricteur [1]. Et depuis lors, tandis qu'en Angleterre on considérait avec A. Cooper ce mécanisme comme exceptionnel, Dupuytren en vint à dire qu'au contraire il avait lieu six fois sur neuf [2].

Mais avant que Dupuytren eût émis cette dernière conclusion, un travail remarquable, aujourd'hui injustement oublié, avait porté la question sur un autre terrain.

En 1822, Ravin, de Saint-Valery, publia un essai sur la théorie des hernies. Les recherches alors récentes de M. J. Cloquet sur l'évolution du sac et sur la formation du collet, l'avaient vivement frappé, et l'avaient conduit à chercher dans quelles conditions les hernies s'étranglent par les anneaux, dans quelles conditions elles s'étranglent par le collet. Un article critique de Sanson provoqua une petite polémique à la suite de laquelle Ravin exposa sa doctrine, sous forme aphoristique, dans un recueil mensuel [3].

(1) Maunoury, Thèse inaug., 1819, p. 8 et suivantes.

(2) Dupuytren, *Leçons orales*, 2e édit., Paris, 1839, t. III, p. 543.

(3) Ravin, *Essai sur la théorie des hernies, de leur étranglement*

Voici, en peu de mots, quelle était cette doctrine :

La rupture du sac, les adhérences filamenteuses, les adhérences de l'épiploon, peuvent produire l'étranglement; mais ce sont des cas très exceptionnels. Les anneaux peuvent étrangler aussi, mais ce n'est pas commun. Enfin, presque tous les étranglements sont produits par le collet du sac.

L'anneau ne peut étrangler les hernies qu'au moment de leur apparition. Lorsque l'intestin est une fois sorti, l'anneau se ramollit et se dilate, et devient de plus en plus incapable d'exercer une striction circulaire. Plus tard, le collet s'organise et se rétrécit; dès qu'il est organisé, il est plus étroit que l'anneau, et celui-ci dès lors ne peut plus prendre part à l'étranglement. Enfin, les grosses hernies, n'ayant pas de collet, ne peuvent pas s'étrangler, à moins qu'il n'y ait dans leur intérieur des adhérences, des brides.

Ce travail eut peu de retentissement. On a pu voir cependant qu'il renfermait plusieurs vues originales qui ne manquaient ni de hardiesse ni de portée.

Tels sont les principaux documents relatifs à l'histoire des étranglements herniaires. Il ne sera pas inutile maintenant de dire en peu de mots quel était, sur cette question, l'état des esprits il y a environ quinze ans [1].

et de leur cure radicale. Paris, 1822, in-8. — *Supplément à l'Essai sur la théorie des hernies*, dans *Journal universel des sciences médicales*, 1822, t. XXVII, p. 334.

[1] Je rappelle que cette thèse a été écrite en 1853.

Tout le monde admettait l'étranglement par le collet du sac et l'étranglement par les anneaux fibreux. En France, on considérait le premier mécanisme comme le plus fréquent. En Angleterre, c'était l'inverse.

Il y avait dissidence encore, pour la hernie inguinale, sur le siége ordinaire de l'étranglement par les anneaux. En France, on pensait que l'anneau externe était l'agent le plus ordinaire de la constriction. En Angleterre, au contraire, on faisait jouer le premier rôle à l'anneau abdominal.

Enfin, on ne s'accordait pas davantage sur le siége de l'étranglement dans la hernie crurale. En Angleterre. les élèves de A. Cooper accusaient tantôt l'orifice supérieur, tantôt l'orifice inférieur du canal crural. En France, on s'occupait surtout du ligament de Gimbernat, quoique M. Velpeau eût annoncé que la constriction est due le plus souvent au *fascia cribriformis* (1).

Ainsi, on le voit, on ne s'entendait guère sur toutes ces questions d'une si haute importance pratique. Ces dissidences capitales entre les principales autorités étaient bien propres à jeter l'esprit dans l'indécision.

Ce fut encore M. Malgaigne qui formula les premiers doutes sur le siége et les agents de l'étranglement herniaire. Déjà, en 1839, dans ses leçons sur

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, 2e édit. Paris, 1839, t. IV, p. 226 et 227.

les hernies, il avait nié l'étranglement de la hernie fémorale par l'anneau crural. La constriction de cette hernie ne pouvait être opérée que par le collet du sac ou par une ouverture du *fascia cribriformis*, c'est-à-dire que le siége de l'étranglement se trouvait transporté d'un *anneau naturel* à un *anneau accidentel* (1).

Quelques mois après, M. Malgaigne lut à l'Académie de médecine ce travail dont j'ai déjà souvent parlé, et qui remit en question toute la doctrine des engouements et des étranglements herniaires.

La principale conclusion de ce mémoire était celle-ci : L'étranglement des hernies n'est jamais produit par les anneaux fibreux. Il n'y a pas, dans la science, un seul fait qui prouve sans réplique l'existence d'une constriction véritable, exercée sur une hernie par les anneaux inguinaux ou par l'anneau crural.

Cette lecture produisit d'abord un certain étonnement, puis des réclamations s'élevèrent, et la lutte s'engagea.

Le mémoire de M. Malgaigne, si complet d'ailleurs, au point de vue historique, et si remarquable au point de vue critique, présentait une lacune qui devait donner prise à ses adversaires. Aucun passage ne parlait catégoriquement de l'étranglement de la hernie crurale par le fascia cribriformis. Si cet étran-

(1) Malgaigne, *Leçons cliniques sur les hernies*, rédigées par Gelez. Paris, 1841, p. 198, in-8. Les leçons cliniques ont paru dans la *Gazette des hôpitaux* de 1839 et 1840.

glement n'était pas nié, il n'était pas proclamé non plus. Les anneaux fibreux *naturels* avaient été seuls mis en cause, mais l'auteur n'avait pas fait de restriction suffisamment précise sur les anneaux *accidentels*.

Voyant, d'une part, l'étranglement par le collet du sac placé en évidence, et, d'autre part, l'étranglement par l'anneau crural ou les anneaux inguinaux repoussé avec énergie, le lecteur pouvait et devait croire que les ouvertures fibreuses accidentelles étaient enveloppées dans la même proscription. Ce fut surtout sur ce dernier point que porta la discussion.

M. Diday dans la *Gazette médicale*, M. Laugier dans son *Bulletin chirurgical*, M. Velpeau, M. Sédillot dans les *Annales de la chirurgie*, fournirent des faits et des arguments de nature à prouver sans réplique que l'étranglement pouvait être produit par les anneaux fibreux. La réponse ne se fit pas attendre : « On ne » sait ce qu'il faut le plus admirer, dit M. Gosselin, » qui a rendu compte de cette polémique avec une » grande impartialité, on ne sait ce qu'il faut le plus » admirer, ou de la savante ténacité avec laquelle » M. Malgaigne a soutenu ses premières assertions, » ou de la logique avec laquelle l'ont poursuivi ses » adversaires [1]. »

[1] Gosselin, *De l'étranglement des hernies*, Thèse de concours, 1844, p. 7. — Voir pour les phases de cette discussion les documents suivants : *Gaz. médic.*, 1840, p. 577, 609, 641, 786. —

Ici s'arrête l'historique de la question. Les faits et les arguments qui se sont produits à l'occasion de cette polémique, et ceux qui ont été publiés depuis, trouveront leur place dans le prochain paragraphe; on ne peut, en effet, se contenter de les exposer, il faut encore, et surtout, les soumettre à la discussion.

§ II. — Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique de l'étranglement est bien mieux connue que celle de l'inflammation herniaire. Des opérations très nombreuses, des autopsies très nombreuses aussi, ont permis de constater un grand nombre de fois la plupart des lésions qui accompagnent l'étranglement.

Nous étudierons successivement : 1° les parties qui entourent la hernie; 2° le sac herniaire; 3° l'état de l'intestin ou de l'épiploon ; 4° enfin, et nous réservons cette question pour la fin, parce qu'elle est moins élucidée que les autres, nous demanderons à l'anatomie pathologique quel est l'agent de la constriction.

1° *État des parties qui entourent la hernie.* — L'anatomie s'est efforcée de déterminer, dans chaque région, le nombre des couches celluleuses ou des feuillets aponévrotiques qui servent d'enveloppes aux

Gaz. méd., 1841, p. 278, 303. — *Bulletin chirurgical* de M. Laugier, t. II, 1re livraison (1840). — *Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1842, t. V, p. 5, 154, 161, 204 et 234.

diverses hernies. On espérait ainsi rendre plus facile l'opération de la célotomie, en lui donnant cette précision que l'on admire, par exemple, dans la ligature des artères.

Malheureusement ces espérances ne se sont pas réalisées. Déjà des difficultés se sont élevées sur la détermination des couches que l'on rencontre au pli de l'aine, dans la dissection des parties à l'état normal; ces difficultés redoublent encore lorsqu'on dissèque une hernie pure et simple. Pour peu que la tumeur soit ancienne, les couches celluleuses et fibreuses se multiplient par un travail en quelque sorte hypertrophique; et c'est ainsi que le scalpel subtil de Thomson est arrivé à trouver dix-huit enveloppes autour de certaines hernies inguinales (1).

Cette évaluation est sans doute exagérée, mais, en supposant même la lumière faite sur les enveloppes des hernies qui ne sont ni enflammées, ni étranglées, on n'aura pas gagné grand'chose pour ce qui concerne les opérations pratiquées dans le cas d'étranglement.

L'inflammation change complétement l'aspect des parties. Les feuillets celluleux, multipliés par la présence de la hernie ou par l'action du bandage, se confondent plus ou moins les uns avec les autres sous l'influence du travail inflammatoire, de telle sorte

(1) Alex. Thomson, *Conclusions anatomiques sur les enveloppes de la hernie inguinale*. Académie des sciences, 30 novembre 1835; dans la collection des *Mémoires de Thomson*, p. 70.

qu'il est impossible d'en évaluer le nombre, même approximativement.

Les couches placées au-devant de la hernie sont quelquefois saines, mais souvent enflammées. L'état où on les trouve est subordonné en grande partie à l'ancienneté des accidents pour lesquels on pratique l'opération.

Les tissus sous-cutanés sont souvent dans un état œdémateux. Dupuytren pensait que la production de cet œdème était due le plus souvent aux tentatives de taxis. M. Demeaux a cependant constaté l'infiltration séreuse des tissus chez des individus qui n'avaient pas été soumis au taxis, et il a donné de ce fait une explication qui trouvera sa place ailleurs.

Il y a parfois entre la peau et le sac herniaire des abcès plus ou moins volumineux, dus à la violence de l'inflammation. Une disposition moins commune peut-être, mais plus importante, à cause des erreurs qu'elle peut faire naître, est celle dans laquelle on trouve au-devant de la hernie un kyste plein de sang ou de sérosité. A l'occasion d'une observation intéressante de M. Séchaud, A. Bérard a communiqué à l'Académie de médecine son opinion sur l'origine et la formation de ce kyste préherniaire. Suivant lui, ce serait le taxis prolongé, pratiqué avec trop de violence, qui séparerait les couches de tissu cellulaire, et produirait ainsi des cavités où le sang ou la sérosité s'épancheraient ensuite (1). Ce mécanisme toutefois n'est pas

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1839, t. III, p. 1104.

général. Les kystes en question existent quelquefois chez des individus qui n'ont pas été soumis au taxis. et sont alors placés dans une bourse muqueuse sous-cutanée, formée depuis longtemps sous la pression du bandage, et devenue le siége d'une hydropisie aiguë sous l'influence de l'inflammation qui accompagne l'étranglement.

Ces kystes séreux, placés au-devant du sac herniaire, peuvent être, pendant l'opération, la source de fâcheuses méprises. Après avoir ouvert le kyste, on peut croire que l'on est arrivé dans le sac, prendre alors la face externe du sac pour celle de l'intestin. et faire des tentatives de réduction bonnestout au plus à aboutir à une réduction en masse.

Quelquefois aussi le kyste préherniaire ne renferme pas de sérosité ; on trouve une cavité qui ressemble beaucoup au sac d'une hernie sèche, et l'on peut être conduit à la même erreur que tout à l'heure.

Je crois devoir donner ici l'abrégé d'une observation recueillie à l'Hôtel-Dieu par M. Codet, interne dans le service de M. Jobert. Le chirurgien sut éviter l'erreur, mais il resta quelque temps avant de savoir s'il avait affaire à l'intestin ou à la face externe du sac.

Obs. XXIV (inédite). — Femme, entrée à l'Hôtel-Dieu le samedi 7 mai 1853. (Salle Saint-Maurice, n° 31.)

Il y a cinq ans, à la suite d'un effort, apparition d'une petite tumeur à l'aine. La tumeur disparaît spontanément au bout de quelque temps. Depuis lors constipation fréquente, petites coliques, sans accidents graves.

Le 5 mai, après une marche assez longue, une tumeur, occupant exactement la même situation que la première, se produit brusquement et est aussitôt accompagnée de coliques assez vives.

Le soir, taxis infructueux; vomissements bilieux. Un lavement amène une garderobe.

6 mai. Ventre indolent, tumeur très douloureuse. Les vomissements continuent, ils sont toujours bilieux. Trois médecins successifs tentent tour à tour le taxis sans résultat; quelques heures après, les accidents redoublent. Douleur abdominale (bain, douze sangsues sur la tumeur).

Samedi 7 mai. Entrée à l'Hôtel-Dieu; face pâle, grippée, yeux caves. Pouls fréquent, filiforme, intermittent; respiration haletante; langue visqueuse; ventre très tendu, sonore à la percussion; la pression abdominale est extrêmement douloureuse; vomissements incessants, bilieux, inodores; pas de hoquets, quelques éructations; constipation complète depuis deux jours.

Dans l'aine droite existe une petite tumeur, sous l'arcade de Fallope, à 5 centimètres du l'épine du pubis, à 7 centimètres de l'épine iliaque. Cette tumeur est longue de 6 centimètres, large de 4, arrondie, globuleuse, mate à la percussion. La peau qui la recouvre est mobile et ne semble pas altérée. Cette tumeur, très douloureuse dans les deux premiers jours, est maintenant presque indolore.

Le soir à cinq heures, M. Jobert pratique l'opération. Incision légèrement oblique en bas et en dehors. On divise successivement plusieurs feuillets aponévrotiques, et l'on arrive sur une tumeur qu'on prend d'abord pour l'intestin. Cette tumeur, d'un rouge brun, est libre de tous côtés; elle n'adhère que par un pédicule assez étroit situé du côté de sa face profonde, et implanté sur le fascia cribriformis. Sa couleur est d'un rouge brun; sa surface est parfaitement lisse, et ressemble tout à fait à celle de l'intestin: son vo-

lume est celui d'une très grosse noix. Elle est fluctuante.

Après avoir hésité pendant quelque temps, M. Jobert se décide à pratiquer dans la tumeur une petite ponction. Il s'écoule un liquide rougeâtre exhalant une odeur fétide et gangréneuse; on croit d'abord avoir ouvert l'intestin; mais l'ouverture étant agrandie, on reconnaît qu'on est dans le sac herniaire. Il y a dans le sac des flocons albumineux. Le doigt introduit dans cette cavité finit par trouver dans la profondeur une toute petite tumeur rénitente, un peu plus grosse qu'une noisette et, cette fois, manifestement formée par l'intestin. Alors on débride légèrement l'aponévrose crurale avec un bistouri d'A. Cooper dirigé directement en dehors.

La réduction est opérée sans difficulté. La plaie est fermée, les vomissements cessent, mais les selles ne se rétablissent pas et la malade succombe le lendemain matin.

M. Jobert a bien voulu me permettre de faire moi-même l'autopsie. Péritonite générale avec sérosité trouble, et de minces fausses membranes. Intestin grêle distendu et très enflammé au-dessous du point qui a été le siége de l'étranglement.

L'étranglement portait sur le tiers inférieur de l'intestin grêle; un cercle d'un rouge noirâtre et comme ecchymosé indiquait clairement le point qui avait été étranglé. L'étranglement n'avait pas embrassé la totalité de l'anse intestinale, il n'en avait pincé que les deux tiers.

La partie comprise en dedans de ce cercle était d'un rouge sombre, molle, affaissée, sans élasticité. A son centre, une tache d'un brun fauve, large comme une pièce de vingt centimes, et offrant un petit pertuis arrondi, gros comme la tête d'une épingle. Les matières fécales n'avaient point traversé cette petite perforation.

Au-dessous de l'étranglement, l'intestin est revenu sur lui-même, et semble peu enflammé.

L'anneau crural est très large. La dissection une fois ache-

vée, il reçoit deux doigts sans difficulté ; de cet anneau part un canal légèrement courbe, long de 2 centimètres, dirigé en bas et en avant, traversant le fascia cribriformis au-dessous de la veine saphène, en dehors de la veine sous-cutanée abdominale, et aboutissant au sac herniaire. Celui-ci est libre de toutes parts, excepté au niveau du point où il traverse le fascia cribriformis. Là, malgré le débridement qui a été effectué, le passage est tellement étroit que le petit doigt ne peut le traverser. Une dissection ultérieure ne m'a montré aucun collet véritable. Il y a seulement une petite cicatrice froncée, un stigmate, sur le péritoine immédiatement *au-dessus* de l'anneau crural.

La surface externe du sac est encore assez lisse ; elle forme la paroi profonde d'une cavité nettement délimitée du côté des téguments, par une surface lisse aussi. Cette autre cavité est une véritable bourse muqueuse qui entourait le sac herniaire, comme la tunique vaginale entoure le testicule.

J'ai rapporté cette autopsie avec quelques détails, parce qu'elle nous montre en outre d'une manière précise le siége et la nature de l'étranglement. J'aurai l'occasion d'y revenir plus tard. Jusqu'ici je n'ai parlé que des kystes. On rencontre assez fréquemment, au-devant du sac herniaire, des masses graisseuses plus ou moins volumineuses. Parfois même le sac tout entier est recouvert de productions adipeuses, et cette disposition peut aller jusqu'à donner à la tumeur, mise à nu par une opération, l'aspect d'une hernie graisseuse enflammée. Ces cas sont d'une haute difficulté dans la pratique. Les tumeurs graisseuses simulent quelquefois tout à fait la hernie étranglée : de telle

sorte qu'après l'incision des enveloppes on peut se demander si l'on a affaire à un sac graisseux qui masque un étranglement, ou s'il s'agit au contraire d'une hernie adipeuse pure et simple. Voici un cas où M. Velpeau triompha heureusement d'une semblable difficulté [1].

Obs. XXV. — Femme très grasse. Hernie ombilicale présentant les signes de l'étranglement. La tumeur est ancienne.

Les accidents ne sont pas très graves ; on appelle M. Velpeau, qui prescrit des lavements de tabac.

Le surlendemain les accidents sont plus graves ; vomissements fréquents, constipation ; signes de péritonite.

Opération. La tumeur adhère aux tissus sous-cutanés et semble ne pas avoir de sac ; elle est graisseuse. En la disséquant, on arrive à un pédicule du volume du pouce.

Alors M. Velpeau se décide à inciser la tumeur couches par couches. Au milieu des lobes graisseux se trouvent de petites cavités pleines d'un liquide noirâtre et fétide. Enfin on arrive à une caverne, pleine d'un liquide noirâtre, qui est le sac herniaire; on y trouve une petite anse d'intestin longue d'un pouce, de couleur gris cendré, mais de consistance normale. Ce dernier caractère fait penser à l'opérateur que la gangrène n'est pas encore déclarée. Il se décide alors à débrider et à réduire l'intestin.

Dans la sixième observation de Saviard, il est question d'un malade sur lequel le sac herniaire avait également subi cette transformation graisseuse. Plusieurs assistants croyaient què c'était l'épiploon et qu'il fallait

[1] Vidal, *Des hernies ombilicales et épigastriques*. Thèse de concours, Paris, 1848, p. 70.

réduire. Mais Saviard, instruit par le souvenir d'une réduction en bloc à laquelle il avait assisté, y regarda de plus près, reconnut l'erreur, incisa le sac, et termina heureusement l'opération.

Les tumeurs graisseuses placées au-devant des hernies donnent lieu à d'autres inconvénients. Suivant M. Chapel, de Saint-Malo, elles offrent au taxis des obstacles fort difficiles à vaincre. Et cela, du reste, se conçoit aisément (1).

2° *État du sac herniaire.* — L'état du sac herniaire doit nous occuper maintenant. Tantôt sa paroi est mince et flexible, tantôt elle est épaissie et comme cartilagineuse par places. Sa surface interne est tantôt lisse et grisâtre, tantôt rouge et violacée. On y aperçoit quelquefois des taches noirâtres, et cette particularité s'observe aussi bien sur le péritoine viscéral que sur le péritoine pariétal. M. J. Cloquet, qui a vu des cas de ce genre, recommande expressément de ne pas s'en laisser imposer par la couleur noire et de ne pas croire à la gangrène. C'est une altération particulière, antérieure à l'étranglement et due à de petits épanchements de sang (2).

Le sac herniaire est quelquefois tout à fait vide, et on dit alors que la hernie est sèche. Sanson insistait sur les difficultés qui peuvent résulter de cette disposition pendant l'opération. Les deux feuillets du péri-

(1) *Revue médico-chirurgicale*, 1849, t. V, p. 309.

(2) J. Cloquet, Thèse de concours, 1819, p. 151.

toine peuvent être agglutinés l'un à l'autre sans fausse membrane appréciable, et le chirurgien alors, croyant qu'il n'a pas encore atteint le sac, peut ouvrir l'intestin en croyant ouvrir la poche péritonéale.

En général, le sac herniaire renferme une quantité variable de liquide. Dans un cas cité par Weiler [1], on y trouva du sang pur. Il est probable que les tentatives de taxis avaient été la cause de cette hémorrhagie [2]. Le plus souvent, c'est de la sérosité jaunâtre ou sanguinolente qui s'écoule à l'ouverture du sac. Blegny paraît être le premier qui ait attiré l'attention sur l'existence d'un liquide dans le sac herniaire [3]. Peu de temps après, Lavauguyon en parla de nouveau et recommanda de ne pas s'en effrayer, de ne pas croire, par exemple, qu'on aurait ouvert l'intestin, tandis qu'en réalité on n'aurait ouvert que le sac [4]. Ce liquide ne peut être pris pour des matières fécales que s'il est grisâtre, épais et *fétide;* c'est ce qui a lieu quelquefois en l'absence de toute perforation de l'intestin.

La quantité de liquide contenue dans le sac varie beaucoup. Lorsque cette quantité est considérable, on

(1) Fred. Weiler, *Herniæ gangrenâ correptæ casus*, Dissertation inaugurale. Strasbourg, 1768, in-4, p. 5.

(2) J'ai opéré, en 1854, une hernie inguinale dont le sac, froissé par des tentatives imprudentes de taxis, renfermait du sang coagulé. (*Note de la 2e édition.*)

(3) Blegny, *L'art de guerir les hernies*. Paris, 1688, in-12, p. 132 à 134.

(4) Lavauguyon, *Operations de chirurgie*. Paris, 1698, in-8, p. 75.

conçoit sans peine qu'elle rende le taxis très difficile, la pression ne se transmettant pas directement à l'intestin. M. J. Cloquet a insisté sur ce détail (1).

Lorsque le liquide est bien transparent, il peut donner lieu à un caractère intéressant et rendre la tumeur translucide comme un hydrocèle. Mais il faut pour cela que le sac soit très spacieux, et que l'épanchement soit très abondant. Il faut en outre que la peau et les couches sous-cutanées ne soient pas envahies et épaissies par l'inflammation, car autrement elles masqueraient la transparence du liquide (2).

L'origine de cette sérosité semble due à l'inflammation. Cela n'est pas douteux pour la sérosité purulente, avec fausses membranes ou flocons albumineux. Mais pour la sérosité simple, M. Demeaux a émis une autre idée. Suivant lui, c'est une exhalation passive, venant du péritoine viscéral et due à l'obstacle que l'étranglement exerce sur la circulation en retour. Lorsque la hernie remplit exactement tout le sac, la sérosité ne peut pas former une collection; alors elle filtre à travers la paroi du sac, se répand dans le tissu cellulaire, et telle serait la cause de l'œdème qui accompagne beaucoup de hernies étranglées. Cette

(1) J. Cloquet, Thèse de concours, 1819, p. 94.

(2) J'ai opéré à l'Hôtel-Dieu, en septembre 1854, une hernie inguinale étranglée chez une femme. Une tumeur fluctuante et *transparente* était située au-devant du sac. C'était un kyste préherniaire, ainsi que je le reconnus pendant l'opération. (*Note de la 2e édition.*)

hypothèse ne me semble pas suffisamment établie. M. Demeaux cite, il est vrai, trois observations de hernie sèche avec œdème des téguments; mais j'ai vu dernièrement une hernie sèche autour de laquelle il n'y avait aucune trace d'œdème.

On peut trouver dans le sac un liquide grisâtre dû à la perforation de l'intestin et à l'épanchement de matières fécales.

Enfin le sac présente quelquefois des dispositions particulières qui jouent un rôle important dans l'histoire des étranglements herniaires. Il peut y avoir des brides, des adhérences, des valvules, des collets multiples. Je ne fais que les indiquer ici; j'y reviendrai quand je parlerai des agents constricteurs.

3° *État des parties contenues dans la hernie.* — *a. Épiplocèles.* — Les altérations que subit l'épiploon dans l'étranglement sont encore assez obscures : on s'est même demandé si les épiplocèles pouvaient devenir le siége d'un véritable étranglement. Certes, ce qui manque ici, ce ne sont pas les observations, mais ce sont les faits concluants. Ce que nous dirons plus tard du mécanisme de l'étranglement ne nous permet guère d'expliquer l'étranglement primitif des épiplocèles. Souvent on a vu l'épiploon se gangrener dans les hernies; mais cette gangrène prouve-t-elle l'existence d'un étranglement, et ne s'explique-t-elle pas aussi bien par l'inflammation? Que l'épiploon, par sa vascularité, par sa laxité, se prête aisément au gonflement inflammatoire; qu'il vienne alors s'étrangler

consécutivement sur une ouverture rigide, rien de mieux. Mais c'est l'étranglement primitif qui est seul en cause ici, et je le répète, sans en nier la possibilité, je le considère comme n'étant pas encore démontré.

En tous cas, les altérations que présente l'épiploon dans les cas où l'on dit qu'il est étranglé, ne diffèrent pas de celles qu'on observe dans le cas d'inflammation. Je ne puis donc que renvoyer à ce que j'ai dit dans le chapitre précédent.

b. *Entéro-épiplocèle.* — Dans l'étranglement des entéro-épiplocèles, l'épiploon est beaucoup moins altéré que l'intestin. Parfois il est simplement rouge et un peu ramolli. S'il se gangrène, c'est seulement plus tard, lorsque l'inflammation est plus ancienne et plus forte, et il est probable même qu'ici encore c'est l'inflammation qui joue le principal rôle.

Les altérations de l'intestin sont au contraire très spéciales. Elles sont à peu près les mêmes dans l'entérocèle simple et dans l'entéro-épiplocèle ; seulement, dans ce dernier cas, elles se produisent en général avec moins de rapidité, comme si l'épiploon protégeait en quelque sorte l'intestin : je les décrirai tout à l'heure en parlant des entérocèles.

Les connexions de l'épiploon avec l'intestin présentent une haute importance. Tantôt l'épiploon forme une espèce de corde enroulée autour de l'anse intestinale, et fixée au sac par des adhérences anciennes. Cet enroulement est rare, mais il est bien démontré ; il peut à lui seul être la cause de l'étranglement.

D'autres fois, l'épiploon forme autour de l'intestin un sac complet, concentrique au sac herniaire, et il n'est pas facile d'expliquer cette disposition.

Ledran en a cité le premier exemple, sans chercher à s'en rendre compte. « J'ouvris le Sac, et j'y trouvai » une portion d'Epiploon qui faisoit une espéce de sac » ou de coëffe, dans laquelle l'Intestin étoit enfermé. » Je fendis cette coëffe sans la détacher du Sac her- » niaire. » L'opération se termina par le débridement du *collet du sac*, et par la réduction de l'intestin (1). Richter, Hey, A. Cooper et Lawrence, ont retrouvé les sacs épiploïques, et nous les connaissons bien surtout depuis la publication d'un travail intéressant de M. Prescott-Hewett (2). Il paraît même qu'ils ne sont pas très rares. On les trouva quatre fois sur trente-quatre opérations de hernie étranglée, faites à l'hôpital Saint-George, de Londres, en 1842 et 1843.

Comment comprendre la formation des sacs épiploïques? Trois explications ont été proposées. La première, la plus naturelle, suppose que l'intestin, en sortant du ventre, a simplement refoulé devant lui l'épiploon. Cela est très acceptable pour les hernies ombilicales, mais difficile à concevoir pour les hernies de l'aine. Richter a donc supposé que la hernie était d'abord une entéro-épiplocèle ordinaire; que, plus

(1) Ledran, *Observations de chirurgie*, observ. 57, t. II, p. 6. Paris, 1731, in-12.

(2) Prescott-Hewett, *Journal de Malgaigne*, 1846, t. IV, p. 207.

tard, l'épiploon se déployait dans le sac, enveloppait l'intestin, et s'agglutinait exactement à lui-même, de manière à fournir un revêtement complet. M. Prescott-Hewett semble disposé à admettre une troisième explication. La hernie est d'abord un épiplocèle. L'épiploon devient adhérent au collet dans une partie de sa circonférence; l'ouverture herniaire se trouve ainsi rétrécie, mais non oblitérée. Puis un nouvel effort fait sortir une anse intestinale qui refoule devant elle l'épiploon, et celui-ci, fixé à l'un des bords de l'anneau, est obligé de se laisser distendre, et de descendre dans le sac au-devant de l'intestin.

Quoi qu'il en soit, les sacs épiploïques ne sont pas rares. Il peut se faire qu'un collet se forme au niveau de leur ouverture abdominale, et que ce collet devienne la cause de l'étranglement de l'intestin; il peut se faire surtout que, dans l'opération de la hernie étranglée, le chirurgien méconnaisse la présence d'une anse intestinale au centre de l'épiploon, qu'il débride le collet proprement dit, ou l'anneau herniaire; qu'enfin il réduise en bloc dans l'abdomen et l'intestin et le sac qui l'étrangle. On conçoit même qu'un opérateur, partisan de l'excision de l'épiploon, puisse en même temps, et sans le savoir, exciser l'intestin. Il serait possible que l'observation suivante de Blegny fût relative à un cas de ce genre. Un chirurgien herniaire convoqua Blegny à une opération. Il découvrit le sac, l'ouvrit très bien, et y trouva une masse graisseuse qu'il prit pour l'épiploon. Il

l'excisa donc, et s'aperçut trop tard qu'il avait du même coup emporté la totalité d'une anse intestinale. Le malade mourut au bout de vingt-quatre heures [1].

J'ai vu dernièrement à l'Hôtel-Dieu M. Roux arrêté quelque temps dans une opération par un de ces sacs épiploïques. La masse graisseuse, du volume d'une grosse noix, semblait formée par l'épiploon seul ; mais le malade vomissait des matières fécales, puis la tumeur présentait une consistance irrégulière. M. Roux se décida donc à inciser avec la plus grande prudence la substance de l'épiploon, et finit par trouver au centre une anse intestinale étranglée. Il débrida, réduisit et le malade est aujourd'hui hors de danger, seize jours après l'opération [2].

c. *Entérocèle.* — Les lésions de l'intestin sont de deux ordres. Les unes existent au niveau du point où s'exerce la constriction, les autres dans le reste de l'anse intestinale.

A. Le volume de l'anse intestinale est, en général, assez petit dans l'étranglement vrai. Le plus souvent toute l'épaisseur de l'intestin est dans la hernie. Mais quelquefois aussi il n'y a que simple pincement d'une partie du calibre. Ce dernier cas est beaucoup plus rare qu'on ne l'a cru. On l'a bien plus souvent diagnostiqué sur le vivant que constaté sur le cadavre.

(1) Blegny, *L'art de guerir les hernies*. Paris, 1688, in-12, p. 135 à 136.

(2) Ce malade a définitivement guéri. (*Note de la 2e édition.*)

On a invoqué le pincement de l'intestin pour expliquer la persistance des selles chez les individus atteints d'accidents herniaires. Mais l'inflammation d'un épiplocèle, celle d'une hernie qui renferme un diverticulum intestinal, peut tout aussi bien rendre compte du phénomène. J'ai pris la peine de vérifier un certain nombre d'observations invoquées par Weiler pour établir la fréquence du pincement intestinal, et je n'en ai trouvé aucune qui fût concluante [1]. Du reste, quoi qu'il en soit de la question de fréquence, le fait est bien réel, il a été plusieurs fois démontré, et j'ai moi-même fait une autopsie qui ne laisse aucun doute (voyez plus haut, p. 163. obs. XXIV).

Le plus souvent, ai-je dit, une anse complète est renfermée dans la hernie. Les altérations qu'on y constate varient avec le degré et l'ancienneté de l'étranglement.

Il serait bien intéressant de suivre pas à pas les lésions de l'étranglement intestinal, depuis leur début jusqu'à leur terminaison par gangrène. Les dernières périodes sont assez bien connues, mais il n'en est pas de même des premières. Les opérations en général ne sont pratiquées, et, par conséquent, l'intestin ne peut être étudié que lorsque les lésions sont déjà assez avancées. Un autre élément complique encore la question. L'étranglement peut être *plus ou moins serré*,

(1) Weiler, *Herniæ gangrenâ corruptæ casus*, Dissertation inaugurale. Strasbourg, 1768, in-4, p. 28.

et M. Gosselin a insisté à juste titre sur cette circonstance qui est propre à dissiper bien des obscurités, à faire disparaître bien des contradictions. Lorsque la striction est très forte, la circulation est tout de suite interceptée et la gangrène est prochaine. Lorsqu'elle est moins considérable, le cours du sang continue encore en partie pendant quelque temps, et l'on conçoit dès lors que les lésions ne soient pas constamment les mêmes. C'est dans ce dernier cas surtout qu'il est difficile, en étudiant l'intestin, de faire la part de l'étranglement et celle de l'inflammation.

Tantôt on trouve seulement sur l'intestin une coloration rouge uniforme, due à la congestion des capillaires. Il y a en même temps léger œdème et épaississement de la paroi intestinale. Cela a lieu lorsque l'étranglement est peu serré. Est-ce de l'inflammation? Est-ce de l'étranglement? L'œdème paraît annoncer un obstacle au retour du sang. La couleur rouge indique un afflux qui n'est pas entièrement passif. Il semble donc qu'il y ait à la fois inflammation et étranglement. Mais quel est, de ces deux éléments, celui qui a précédé l'autre?

Lorsque la constriction est plus énergique, l'intestin est noir ou violet; ses vaisseaux sont gorgés de sang. On y trouve des ecchymoses, peut-être dues au taxis, peut-être même spontanées. Le sang s'infiltre quelquefois entre les tuniques et les sépare partiellement les unes des autres. La paroi intestinale est plus épaisse encore que dans le premier cas. Il peut s'y former de

petits abcès. Enfin, l'anse herniée, renfermant des gaz et des liquides qui y sont emprisonnés, présente une sorte de rénitence.

Y a-t-il un troisième degré de constriction primitive? L'étranglement peut-il être tellement serré que, dès le premier moment, le sang cesse tout à fait d'arriver dans la hernie? L'intestin alors serait entièrement vide, affaissé et surtout décoloré. Cela a été dit, mais je n'ai pas trouvé d'observation propre à le démontrer.

Quel que soit le degré de constriction, la gangrène peut finir par se produire. Et ici plusieurs questions se présentent.

Et d'abord, il serait bien important de pouvoir préciser les caractères auxquels on reconnaît l'existence de la gangrène. L'odeur ne prouve pas grand chose, à cause de la présence des matières fécales dans l'intestin. On a pu réduire des anses intestinales qui exhalaient cette prétendue odeur gangréneuse, et cependant il ne s'est produit aucune perforation. La couleur de l'intestin fournit déjà un meilleur caractère. Lorsque cette couleur est cendrée, ou, comme on dit, *feuille morte*, c'est que la gangrène est déclarée. Mais, de ce que la couleur feuille morte n'existe pas, peut-on en conclure que l'intestin ne soit pas gangrené? On a parlé encore de l'insensibilité de l'anse intestinale comme d'un signe de gangrène. Ce caractère est des plus trompeurs, et chacun comprendra pourquoi. Enfin, il reste un dernier caractère, c'est la flaccidité

de l'intestin, la disparition de son élasticité. En résumé, lorsque l'intestin ne présente pas la couleur feuille morte, et lorsqu'il n'a pas perdu son élasticité, on peut espérer que la vie n'y est pas éteinte, et dès lors on peut le replacer dans le ventre.

Souvent on trouve l'intestin perforé et des matières dans le sac. Quelquefois ces perforations sont dues à la gangrène; mais, quelquefois aussi elles sont le résultat de l'ulcération des tuniques intestinales.

Autre question : A quelle époque la gangrène se manifeste-t-elle? Pendant combien de temps l'intestin étranglé peut-il conserver sa vitalité? On ne peut rien préciser à cet égard. Cela varie avec le degré de striction. Peut-on savoir au moins quelle est la limite la plus inférieure? Peut-on dire au bout de combien de temps la mortification est produite, lorsque l'étranglement est le plus serré possible? On pense généralement que quelques heures suffisent. On a dit, par exemple, qu'on avait trouvé l'intestin gangrené au bout de vingt-quatre heures (Pott), de douze heures (Lawrence), de huit heures (Richter), de sept heures (Vidal). On l'a dit, mais on ne l'a pas prouvé. Je citerai tout à l'heure l'observation de M. Vidal, et l'on verra que la démonstration a été loin d'être complète.

Demandons-nous, enfin, par quel mécanisme se produit la gangrène intestinale. La constriction en est-elle la seule cause? L'inflammation n'y participe-t-elle pas toujours? Je crois qu'il y a l'un et l'autre. J'ai

démontré, dans le précédent chapitre, que l'inflammation à elle seule pouvait gangrener l'intestin. Or, l'étranglement n'est-il pas une cause énergique d'inflammation ? Et les fausses membranes de la séreuse intestinale ne prouvent-elles pas encore que cette inflammation est réelle ? et les abcès dont j'ai parlé plus haut ne prouvent-ils pas qu'elle est considérable ? Certes, je ne veux pas méconnaître l'influence énorme que l'étranglement exerce sur la circulation ; mais on sait que les causes de mortification s'associent souvent, et c'est alors surtout qu'elles ont prise sur les tissus.

Voici un fait de M. Vidal qui me paraît fort instructif :

Obs. XXVI. — Femme. Hernie crurale ; signes d'étranglement à dix heures du matin ; le soir à cinq heures (sept heures après le début), M. Vidal pratique l'opération. L'intestin est noirâtre, mais consistant. Débridement, réduction.

« Tout alla bien jusqu'au huitième jour. A cette époque, » des matières fécales sortirent par la plaie ; enfin il resta » une fistule qui ne tarda pas à guérir. Ainsi, en sept heures, » il y a eu gangrène d'un point de l'intestin (1). »

L'intestin était noirâtre, consistant. Aucune preuve physique de la gangrène n'existait donc. Huit jours après, l'intestin se perfore. Était-ce de la gangrène ? Rien ne le prouve ; une ulcération aurait pu produire

(1) Vidal, *Pathologie externe*, t. IV, p. 359, 2e édit.

le même résultat. Mais supposons que la gangrène fût réelle : qui peut dire qu'elle fût la conséquence directe de l'étranglement? Les eschares intestinales n'attendent pas huit jours pour se rompre ou se détacher. N'est-il pas plus simple de dire que l'étranglement avait vivement enflammé l'intestin, qu'après la réduction l'inflammation a continué sa marche, et que c'est elle qui a produit la perforation?

Cette discussion sur la gangrène n'est pas oiseuse. Le sphacèle prompt de l'intestin est un des éléments sur lesquels on se base pour arriver à une théorie de l'étranglement. Il était bon de savoir à quoi nous en tenir sur la nature de cet accident.

B. Voyons maintenant ce qui se passe sur l'intestin, au niveau du point où il est soumis à la constriction. Ici encore tout est subordonné au degré de l'étranglement.

C'est pendant les opérations qu'on étudie bien les lésions produites directement par l'agent constricteur. Après avoir dégagé l'anse intestinale, on l'attire en général à l'extérieur pour apprécier l'étendue des désordres avant de prendre une détermination définitive.

Si l'étranglement est peu serré, on aperçoit sur l'intestin une rigole circulaire. Celle-ci est à peine marquée dans certains cas. Je me demande si alors il s'agit bien d'un étranglement primitif. Ici encore, comme toujours, nous trouvons l'étranglement véritable relié à l'inflammation pure et simple

des hernies par une foule de gradations insensibles.

J'ai parlé d'une rigole circulaire. Cela n'est peut-être pas tout à fait exact, j'aurais dû dire plutôt deux rigoles demi-circulaires, dont l'une occupe la partie de l'anse qui se continue dans le ventre avec le bout supérieur de l'intestin, tandis que l'autre, beaucoup moins prononcée, quelquefois même tout à fait nulle, est située à l'union de l'anse herniée avec le bout inférieur. Lorsque l'anse est repliée, ces deux demi-rigoles forment un anneau complet. Je puis d'ailleurs dire dès maintenant que les lésions produites par l'action directe de l'agent constricteur sont toujours beaucoup plus profondes, beaucoup plus grandes sur le bout supérieur que sur le bout inférieur. C'est parce que le bout supérieur, distendu par les matières fécales, est enflammé et pesant. Il tombe par son propre poids dans la cavité du petit bassin et cela produit sur la partie étranglée une traction qui favorise beaucoup la section ou l'ulcération des tuniques, ramollies d'ailleurs par l'inflammation.

Si la striction est plus considérable, la rigole devient profonde, et, pour peu que l'accident soit ancien, on trouve sur l'intestin une ulcération, peut-être devrais-je dire une section circulaire. La pression exercée par l'agent constricteur sur des tissus que l'inflammation a ramollis, rend ce phénomène en partie vital et en partie mécanique. Le plus souvent la section porte d'abord sur la tunique péritonéale, puis elle peut atteindre la couche musculeuse et même dé-

passer cette limite. D'autres fois, au contraire, le péritoine résiste, et c'est la muqueuse qui est divisée. Roux a ingénieusement comparé ce dernier phénomène à celui qui a lieu dans l'application d'une ligature sur une artère. La section de la muqueuse une fois complétée, on conçoit la possibilité de l'agglutination des parois opposées; et ainsi s'explique cette oblitération de l'intestin, qui fut constatée par Ritsch à l'autopsie d'un homme opéré quelques jours auparavant d'une hernie étranglée (1).

Au niveau de l'étranglement, l'intestin est rétréci. L'opération, la réduction, ne rendent pas à l'intestin son calibre. M. Tessier a vu, sur un malade mort quelques jours après la réduction, deux rétrécissements situés aux deux extrémités de l'anse qui avait été étranglée. La muqueuse, comme soulevée par une corde circulaire, formait une espèce de valvule, et le calibre de l'intestin était presque complétement effacé. Il est probable qu'une semblable disposition n'est pas sans influence sur la persistance de la constipation après l'opération de la hernie étranglée. Toutefois M. Tessier pense qu'on ne doit pas exagérer cette influence, et que la paralysie du bout supérieur, consécutive à l'inflammation, est la principale cause qui empêche les matières fécales de reprendre leur cours (2).

On trouve, en général, ce rétrécissement sur le ca-

(1) Ritsch, *Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. IV, p. 173, in-4.
(2) Tessier, *Archives générales*, 1838, t. I, p. 302, 3e série.

davre des individus qui sont morts peu de jours après l'opération de la hernie étranglée. Plus tard il s'efface peu à peu dans un grand nombre de cas. Mais quelquefois il s'exagère par la rétraction du tissu inodulaire, et il finit par donner lieu à des accidents mortels, ainsi que cela eut lieu sur une malade de M. Nélaton [1]. Il est probable que les troubles digestifs, les coliques, que les opérés de la hernie étranglée peuvent conserver pendant toute leur vie, sont quelquefois dus à la même cause.

La section des tuniques intestinales peut devenir complète en certains points. Mais alors l'épanchement des matières fécales est le plus souvent empêché par une exhalation de lymphe plastique qui établit une molle adhérence, au niveau de la constriction, entre le sac et l'intestin. Or, pour pratiquer la réduction, on est obligé de détruire ces adhérences, et on s'exposerait à un épanchement stercoral si on repoussait dans le ventre un intestin qui présente une semblable lésion. De là est né le précepte d'attirer à l'extérieur l'intestin après l'avoir dégagé, pour en examiner la surface, surtout au niveau du point qui a été étranglé.

Telles sont les lésions que l'on constate sur l'intestin renfermé dans la hernie. Celui qui est contenu dans le ventre nous intéresse moins. Je me bornerai à dire que le bout supérieur est dilaté, rouge et enflammé;

(1) Guignard, *Mémoire sur le rétrécissement et l'oblitération de l'intestin dans les hernies*, Thèse, 1846, p. 28.

que le bout inférieur est beaucoup moins altéré, pâle, et fortement revenu sur lui-même ; qu'enfin le péritoine peut présenter aussi les lésions d'une inflammation plus ou moins aiguë. Je n'en dirai pas davantage sur ce point. J'ai hâte d'arriver à l'étude anatomique des agents qui produisent l'étranglement.

4° *État des anneaux, du collet du sac, et des autres agents de constriction.* — Les agents constricteurs sont de deux sortes : les uns font partie du contenu de la hernie ; les autres sont placés, soit dans les parois du sac, soit en dehors de ces parois.

Les étranglements produits sans la participation du collet ou des anneaux sont assez rares, et sont de plus très divers. C'est en général dans les hernies volumineuses et anciennes qu'ils se produisent :

1° L'entrecroisement, ou si l'on veut la torsion d'une anse intestinale sur elle-même, a été indiqué, ou plutôt supposé par Pigray. Scarpa a trouvé cet entrecroisement sur un grand nombre de cadavres, mais il n'a jamais vu l'étranglement en être la conséquence [1]. C'est un peu au-dessus de l'anneau, dans la cavité abdominale et non dans la hernie, que les anses intestinales s'enroulent ainsi l'une sur l'autre. Jusqu'ici cette disposition, lorsqu'elle existe seule, ne paraît pas suffisante pour produire un étranglement. Mais lorsqu'une bride fibreuse ou épiploïque passe sur

(1) Scarpa, *Traité des hernies*, trad. Cayol. Paris, 1812, p. 81 et 126.

l'intersection du 8 de chiffre, la réunion de ces deux causes peut finir par étrangler l'intestin. C'est ce qui eut lieu, par exemple, sur une femme, dont Maunoury fit l'autopsie à l'Hôtel-Dieu. Il s'agissait d'une ancienne hernie crurale [1]. Un cas qui se rapproche du précédent est le suivant, observé par M. Laugier : Une femme affectée de hernie crurale étranglée, est opérée à l'hôpital Beaujon. L'intestin est gangrené ; on établit un anus artificiel. Les accidents continuent. Mort le huitième jour. L'autopsie montre que les deux bouts de l'intestin sont adhérents à la paroi abdominale au niveau de l'anneau, et que le bout supérieur est enroulé autour du bout inférieur et étranglé par lui [2]. C'est là une variété d'étranglement interne, mais j'ai dû en parler, puisque c'est la hernie qui en a été le point de départ.

2° Les brides fibreuses anciennes, implantées par leurs deux extrémités sur la surface interne du sac, peuvent également comprimer et étrangler l'intestin. Desault constata ce mécanisme sur un homme mort à Bicêtre avec tous les signes de l'étranglement herniaire [3]. Les observations 211 et 212 de l'édition française d'A. Cooper sont relatives à des faits du même genre [4]. M. Fiaux a publié un cas plus curieux

(1) Maunoury, Thèse inaug., 1819, p. 30.

(2) Laugier, *Bulletin chirurgical*, 1839, t. I, p. 237.

(3) Maunoury, Thèse citée, p. 24.

(4) A. Cooper, *OEuvres chirurg.*, trad. Chassaignac, Paris, 1837 p. 248.

encore. Une hernie *obturatrice* fut étranglée par une bride fibreuse très résistante, tendue transversalement et divisant l'orifice du sac en deux parties à peu près égales [1]. Enfin, l'observation la plus singulière est celle de Gaulmin de Latronçai. Il y avait cinq brides qui, de distance en distance, étranglaient l'intestin, et qui durent être coupées successivement pour permettre la réduction [2].

3° Mais c'est surtout l'épiploon qui fournit les moyens de constriction dans les étranglements intérieurs des hernies. L'épiploon, devenu adhérent sur un point quelconque de la surface interne du sac, forme une sorte de corde sur laquelle l'intestin peut s'enrouler et s'étrangler. Les exemples n'en sont pas rares. Arnaud [3], Schuh [4], John Paul [5], et beaucoup d'autres, en ont publié des observations. Dans un cas cité par Scarpa, l'épiploon, adhérent en deux points opposés de la paroi du sac, formait au niveau du collet une sorte de diaphragme incomplet sous le bord inférieur duquel l'intestin s'était engagé, puis étranglé [6]. Le même accident se produit encore lorsque l'épiploon se rompt et que l'intestin passe à travers l'ouverture. Arnaud, Callisen, Baudelocque,

(1) Fiaux, *Gazette des hôpitaux*, 1840, p. 580.
(2) *Journal de Vandermonde*, t. XXXV, p. 84, 1771.
(3) Scarpa, *Traité des hernies*, trad. Cayol, 1812, p. 128.
(4) Schuh, *Archives génér.*, 4e série, t. VII, p. 91, 1845.
(5) *Gazette médicale*, 1837, p. 666.
(6) Scarpa, *loc. cit.*, p. 138.

en ont publié des observations (¹). Enfin, et c'est par là que je termine, les sacs épiploïques que j'ai décrits plus haut (voyez p. 173), peuvent finir par posséder un collet véritable capable de produire l'étranglement. Je renvoie, pour plus de détails, au mémoire déjà indiqué de M. Prescott-Hewett.

4° Avant d'en venir aux cas les plus ordinaires, je dois signaler encore deux variétés d'étranglements, qui sont produites par le corps, et non par le col du sac herniaire.

La rupture du sac herniaire a été mentionnée par beaucoup d'auteurs. Mais les observations positives en sont rares. A la suite d'un coup ou d'un effort, le sac est rompu par la pression de l'intestin. Celui-ci s'échappe à travers l'ouverture, dont les bords deviennent alors pour lui un agent de constriction. J.-L. Petit, Arnaud en ont cité des exemples qui ne sont peut-être pas absolument concluants. Celui de A. Cooper est moins concluant encore, car il n'y eut ni opération, ni autopsie, la réduction ayant été obtenue sans difficulté (²). Mais il y a des observations qui ne laissent aucun doute sur la réalité de cet accident, et je citerai entre autres celles de Rémond et de Dupuytren (³).

(¹) Baudelocque, *Accouchements*. Paris, 1789, t. I, p. 509. — Scarpa, *Traité des hernies*, trad. Cayol, p. 131 à 134.

(²) A. Cooper, *OEuvres chirurg.*, trad. Chassaignac. Paris, 1837, p. 206.

(³) Rémond, dans Scarpa, p. 147. — Observation de Dupuytren dans les *Leçons orales*, 2ᵉ édit., t. III, p. 604, observ. 17. — Voyez aussi les observations 18 et 19.

Dans la hernie inguinale, cette rupture est quelquefois accompagnée d'un phénomène curieux. Le sac et la tunique vaginale, exactement adossés, se rompent en même temps, et l'intestin pénètre dans la cavité de la séreuse testiculaire. Je suis porté à croire que cet accident a lieu surtout dans cette variété particulière de hernie qu'A. Cooper désigne sous le nom de hernie *enkystée de la tunique vaginale*, et que M. Malgaigne considère comme une variété de la *hernie vaginale funiculaire*. La présence d'un hydrocèle semble faciliter la rupture. On en lit deux observations dans le mémoire de M. Marx [1].

A la suite de cette rupture du sac herniaire et de la tunique vaginale, la paroi commune qui séparait d'abord ces deux cavités n'existe plus que sous la forme d'une valvule circulaire ; c'est un diaphragme perforé à son centre pour laisser passer l'intestin. L'étranglement est quelquefois produit par cette valvule.

Il n'est pas extrêmement rare de trouver un repli valvulaire transversal dans le sac des hernies congénitales ou supposées telles. Ce repli valvulaire est-il dû à un pli de la séreuse, ou est-il le vestige d'une ancienne séparation entre le sac et la tunique vaginale ? C'est ce qu'il n'est guère facile de décider. En tous cas, quelle qu'en soit l'origine, ce repli valvulaire

[1] *Leçons orales* de Dupuytren, 2e édit., 1839, t. III, p. 606 et 608.

peut devenir pour l'intestin une cause d'étranglement.

Pour fournir un document propre à éclairer plus tard cette question obscure, je crois devoir insérer ici une observation toute récente recueillie dans le service de M. Malgaigne. L'opération a été pratiquée par mon honorable ami et compétiteur M. A. Richard, qui faisait le service par intérim à l'hôpital Saint-Louis. Je dois les détails qui suivent à M. Gareau, interne des hôpitaux.

Obs. XXVII, *inédite.* — Henri H..., vingt et un ans, vernisseur sur cuivre; entré à l'hôpital Saint-Louis, le 3 mai 1853 (salle Saint-Augustin nº 14).

Il y a dix ans, à peu près, apparition dans l'aine droite, d'une petite tumeur, grosse comme deux noix, qui rentrait la nuit et sortait le jour. Depuis cette époque, le malade raconte que la bourse du côté droit était plus grosse que l'autre, même lorsque la tumeur était réduite. Il n'a jamais porté de bandage; la tumeur n'a occasionné ni douleurs, ni accidents, jusqu'au 1er mai 1853.

Ce jour-là, en travaillant, H. fit un mouvement brusque, et éprouva tout à coup une douleur vive dans la région inguinale droite. La tumeur s'accrut rapidement, et acquit les dimensions qu'elle présente aujourd'hui. Le taxis fut le jour même tenté inutilement (bains, cataplasmes, sangsues). Six heures après l'accident, vomissements de demi-heure en demi-heure; douleur dans l'aine, s'irradiant dans le ventre. Dès le lendemain, les vomissements deviennent fétides (eau de Sedlitz). Le purgatif n'agit pas.

Aujourd'hui troisième jour de l'accident, il entre à l'hôpital. Face grippée, voix éteinte, pouls petit, peau chaude, sueurs. Toutes les demi-heures environ, vomissements

liquides, fétides, d'un noir jaunâtre, renfermant beaucoup de pellicules blanchâtres, constipation. Ventre douloureux à la pression, à droite et en bas seulement. Il est tendu, ballonné et sonore.

Dans le scrotum droit, tumeur volumineuse, assez dure, ovoïde; sa petite extrémité, dirigée en haut, s'enfonce dans le canal inguinal, dont elle soulève la paroi antérieure. Sa longueur est de 13 centimètres; sa largeur maximum de 8. Elle n'est transparente en aucun point. Taxis infructueux (bain, glace sur la tumeur, lavement de tabac). Le soir les vomissements sont moins fréquents, les autres symptômes n'ont pas changé (lavement purgatif).

Dans la nuit, deux vomissements sans odeur fécale.

Le lendemain matin, 4 mai, la tumeur est peu douloureuse au toucher, excepté au niveau du canal inguinal.

On endort le malade avec le chloroforme. M. Richard et M. Denonvilliers tentent vainement le taxis pendant le sommeil. Alors l'opération est décidée et pratiquée par M. Richard.

Incision longue de 10 centimètres, commençant à 3 centimètres au-dessus de l'anneau, et descendant jusque sur le scrotum. Les couches sous-cutanées sont peu altérées.

Le sac est légèrement incisé : il s'écoule 100 grammes d'un liquide roussâtre et homogène. Alors, introduisant de bas en haut la sonde cannelée, M. Richard ouvre largement le sac; on aperçoit une masse d'épiploon, grosse comme un œuf de poule, gorgée de sang, mais n'étant pas encore ramollie. Derrière elle, on trouve une anse d'intestin peu altérée et longue environ de 6 centimètres. Portant le doigt dans la direction de l'anneau inguinal, le chirurgien trouve un obstacle à ce niveau, et pratique un débridement avec le bistouri d'A. Cooper. Il tente la réduction, mais il échoue, et reconnaît qu'un deuxième obstacle existe à 3 centimètres au-dessus du premier. Il le débride de la même manière, et

réussit alors à replacer aisément l'intestin dans le ventre; l'épiploon rentre ensuite avec plus de difficulté.

(Suture de la plaie; pansement simple; lavement purgatif; 1 gramme de calomel administré par la bouche, en six doses; frictions mercurielles sur le ventre; cataplasmes).

La journée est bonne. Le soir deux selles liquides. Il n'y a plus de vomissements; amélioration considérable. Le lendemain l'état s'aggrave beaucoup; signes de péritonite; mort dans la soirée, trente-six heures après l'opération.

Autopsie. — Péritonite avec fausses membranes, sans sérosité, beaucoup de gaz dans l'intestin.

L'anse qui a été étranglée, bien reconnaissable à sa couleur d'un rouge très vif, a 11 centimètres de longueur; elle est très nettement limitée par deux lignes circulaires.

Elle occupe la fin de l'intestin grêle et s'arrête à 2 centimètres seulement au-dessus du cæcum. Je passe quelques détails sur l'état de cette anse intestinale et sur celui de l'épiploon, détails qui peuvent se résumer en disant que les parties qui avaient été enfermées dans la hernie étaient le siége d'une vive inflammation.

On passe alors à la dissection de la tumeur. On reconnaît que la hernie s'était faite dans la tunique vaginale; le testicule était situé en arrière et un peu en haut.

En ouvrant ce sac dans toute sa longueur, on aperçoit à sa surface deux reliefs circulaires, dont l'un, peut considérable, est situé à peu près au niveau de l'anneau abdominal, et dont l'autre, beaucoup plus prononcé, correspond à peu près à l'anneau inguinal externe.

Les détails qui précèdent m'ont été fournis par M. Gareau. Je continuerai moi-même la description, car M. Malgaigne a bien voulu me confier la pièce.

Des deux reliefs circulaires précédemment indiqués, le supérieur est manifestement un collet. Il intercepte une ouverture qui est large d'environ 1 centimètre, lorsque les

bords du débridement qu'il a subi sont rapprochés. Il est constitué par une substance fibreuse, assez dense, mais assez mince toutefois, et en tous cas beaucoup moins dure, beaucoup moins rigide que celle de la plupart des collets.

Au-dessous de ce premier rétrécissement, et dans toute la longueur du canal inguinal, le sac herniaire se dilate d'une manière manifeste, et acquiert 3 à 4 centimètres de diamètre. A 8 centimètres au-dessous du collet, existe non pas un relief seulement, mais une véritable valvule, aussi flexible, aussi saillante que les plus belles valvules conniventes de l'intestin. Cette valvule, très mince, presque transparente, semble formée seulement par l'adossement de deux tuniques séreuses, avec fort peu de tissu cellulaire interposé.

Elle s'insère circulairement sur la surface interne du sac; elle a environ 1 centimètre de largeur, et, par conséquent, elle laisse tout au plus à son centre un orifice large d'un centimètre; elle sépare le sac herniaire en deux parties, l'une supérieure, contenue dans le canal inguinal, l'autre inférieure, beaucoup plus spacieuse, descendant jusqu'au fond du scrotum, et représentant très exactement la tunique vaginale.

Des deux débridements successifs pratiqués par M. Richard, l'un a porté sur la valvule, l'autre a atteint le collet du sac.

Je puis me tromper, mais voici quelle est, à mon avis, l'interprétation qu'il faut donner de ce fait: Il y a eu d'abord une hernie vaginale funiculaire qui est descendue dans le canal inguinal et en a occupé toute l'étendue, en dépassant à peine le niveau de l'anneau externe. Le sac, devenu contigu à la tunique vaginale, avait confondu sa face externe avec celle de

cette dernière tunique. Un diaphragme membraneux, formé par l'adossement de ces deux séreuses, séparait seul les deux cavités.

La hernie était petite; elle était probablement épiploïque; elle rentrait facilement. Il s'était formé, malgré l'absence de tout bandage, un collet peu résistant et surtout peu serré au niveau de l'anneau inguinal interne.

Puis, un jour, dans un effort, une anse intestinale a franchi le collet, s'est précipitée dans le sac, a rompu le diaphragme membraneux et est descendue dans la tunique vaginale. Alors des accidents se sont produits et il est survenu un double étranglement.

L'un de ces étranglements était dû à la valvule, l'autre au collet du sac. Ils étaient peu serrés, puisque au bout de quatre jours, au moment de l'opération, l'intestin était peu malade et l'épiploon seulement gorgé de sang. Voilà ce qui me paraît probable. Voici maintenant deux questions que je n'essaierai pas de résoudre : 1° Quel est de ces deux étranglements celui qui a précédé l'autre ? 2° La constriction a-t-elle été primitive ou a-t-elle été consécutive, comme cela était sur le point de se produire dans le cas de M. Henlhard, que j'ai rapporté plus haut ?

Je pense que dans les hernies vaginales testiculaires les valvules circulaires sont en général le résultat de la rupture d'un diaphragme interposé d'abord entre la tunique vaginale et le sac herniaire. Mais je ne prétends pas attribuer à cette cause toutes les valvules

qu'on peut rencontrer à la surface interne du sac. Ces valvules existent quelquefois dans les hernies ordinaires, et paraissent dues alors à une plicature du péritoine assez difficile à expliquer. Elles peuvent même se former au niveau de l'embouchure du sac et donner lieu alors à un accident aussi terrible que singulier. Dans un cas, jusqu'ici sans analogue, que M. Laugier a publié dans le *Bulletin chirurgical*, une valvule semblable s'était formée à l'embouchure abdominale du sac, sur un malade atteint de hernie congénitale. Un étranglement survint; l'interne de garde pratiqua le taxis et réduisit la hernie environ quinze heures après le début des accidents. Mais les phénomènes de l'étranglement continuèrent, et le malade succomba. A l'autopsie, on trouva que l'intestin, étranglé par la valvule, avait été réduit avec elle. Cette valvule, large d'environ 4 millimètres, et exactement annulaire, avait été circulairement détachée du péritoine adjacent, lequel présentait une solution de continuité récente. Elle n'adhérait nullement à l'intestin et, malgré sa minceur, elle avait suffi pour entretenir l'étranglement et pour déterminer la mort [1].

Après avoir indiqué, d'une manière incomplète, sans doute, les agents constricteurs exceptionnels, j'arrive à la question capitale. Quelle est la cause la

[1] Laugier, *Bulletin chirurgical*, t. I, p. 359.

plus ordinaire de l'étranglement? Est-ce l'anneau? Est-ce le collet du sac?

Rôle des anneaux aponévrotiques et du collet du sac dans l'étranglement.

1° *Étranglement par le collet du sac.* — L'étranglement par le collet du sac est démontré pas des observations innombrables. J'ai parlé plus haut des plus célèbres, de celles de Saviard, de Ledran, d'Arnaud; je n'y reviendrai pas. Les cas aujourd'hui très nombreux de réduction en masse prouvent sans réplique que le collet du sac, à lui seul et sans aucun anneau, peut être l'agent de la constriction. Je ne crois pas devoir les énumérer ici. Je donne seulement en note quelques indications bibliographiques, qui permettront de retrouver les plus importantes de ces observations [1].

[1] Exemples de réduction en bloc. — Cas anonyme, *Gazette médic.*, t. III, 1832, p. 793. — Plusieurs cas de Sanson : extrait de la *Revue médicale*, 1830, t. III, p. 257 ; dans *Transactions médicales*, 1830, t. I, p. 9. — Cas de J. Cloquet, Thèse de concours, 1819, p. 112. — Cas douteux de Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 553. — Cas de Larrey, *Journal de Sédillot*, 1818, t. LXIV, p. 240. — Cas de Scarpa, *Traité des hernies*, p. 323, trad. Cayol. — Gama et Bégin, *Journal universel*, 1829, t. LV, p. 178 (cas de Delestre). — M. Velpeau, *Gazette des hôpitaux*, t. IV, 2e série, p. 145. — Dupuytren, *Leçons orales*, 1839, 2e édit., t. III, p. 545 et suiv. — Les observations de Saviard, d'Arnaud et Ricot, de Ledran, ont été rapportées plus haut, pages 151 et 152. — Voyez, en outre, le mémoire de James Luke *Sur les hernies étranglées réduites en masse*, dans le *Journal de Malgaigne*, 1844, t. II.

Une autre preuve, également sans réplique, se tire de l'observation des hernies à plusieurs collets. Les sacs superposés, les sacs latéraux, si nettement décrits par M. J. Cloquet, et plus récemment par M. Demeaux, deviennent le siége d'étranglements qu'on ne peut rapporter à aucune autre cause qu'au collet du sac herniaire. Témoin ces hernies bizarres dans lesquelles il y a deux sacs : le contenu du premier sac s'étrangle, celui du deuxième n'éprouve aucun accident; fait d'une haute importance pratique et qui peut conduire le chirurgien à plus d'une erreur. M. Parise a récemment présenté à la Société de chirurgie un mémoire sur deux variétés de hernies qu'il croyait nouvelles, et qui étaient fort peu connues en effet avant l'intéressant rapport que son travail a suscité [1]. Dans l'une de ces variétés, il se forme d'abord une hernie en bissac; puis l'un des sacs est réduit en masse dans le ventre et glisse sous le péritoine, pendant que l'autre reste à l'extérieur. Dans la seconde variété, le sac herniaire est unique, mais après sa formation et l'organisation de son collet, il est encore réduit en masse en se plaçant toujours sous le péritoine. Ce n'est point là, je le sais, la théorie de M. Parise, qui considère ces sacs sous-péritonéaux comme étant presque toujours formés primitivement dans le ventre; mais il suffira de lire le rapport de

[1] Parise, *Mémoire sur deux nouvelles variétés de hernies.* — Gosselin, Rapport sur le mémoire précédent, dans *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1851, t. II, p. 339 et 431, in-4.

M. Gosselin, pour être convaincu qu'il s'agit bien réellement de sacs développés d'abord à l'extérieur et réduits ensuite. Eh bien, quelle que soit l'explication qu'on adopte, il reste un fait incontestable : c'est que ces hernies intra-abdominales, soustraites à l'action des anneaux, ont pu s'étrangler, et qu'à l'autopsie, car l'autopsie a toujours suivi, on a trouvé que la constriction était produite par le collet du sac. De même les sacs superposés, constitués par plusieurs renflements que séparent des resserrements circulaires, ou plutôt des collets, présentent parfois des étranglements simples ou multiples auxquels les anneaux sont bien évidemment étrangers. J'ai dit plus haut qu'Arnaud avait décrit et figuré un double étranglement produit par un sac en gourde. On trouvera plusieurs exemples analogues dans les leçons orales de Dupuytren. Il paraît même que ce chirurgien a vu une fois trois étranglements superposés de la sorte [1].

Il est donc hors de doute que les étranglements sont souvent produits par le collet du sac. Mais quelle est au juste la fréquence de ces étranglements ? Les rencontre-t-on six fois sur neuf, comme le voulait Dupuytren, ou sont-ils plus communs encore, ou enfin y a-t-il certaines hernies qui ne puissent s'étrangler autrement ? Cette discussion va être reprise tout à l'heure.

Un mot encore. Le collet constricteur forme quel-

(1) *Leçons orales* de Dupuytren, 1839, 2e édit., t. III, p. 594.

quefois un simple anneau circulaire ; d'autres fois il occupe une assez grande hauteur, et forme un canal complet appliqué sur le pédicule de la hernie. C'est ainsi que Dupuytren l'a vu s'étendre dans toute la longueur du canal inguinal, et nécessiter un débridement fort difficile à pratiquer [1].

2° *Étranglement par les anneaux fibreux.* — Les anneaux aponévrotiques des hernies sont de deux sortes. Les uns sont *naturels*, les autres sont *accidentels*.

Les anneaux naturels sont beaucoup plus larges que les organes auxquels ils donnent normalement passage. C'est ce qui les dispose à recevoir des hernies. La plupart des hernies s'échappent de l'abdomen en traversant d'abord des anneaux naturels.

Les anneaux accidentels n'ont aucun siége précis. Ils sont dus à la rupture ou à l'écartement des fibres. Ils peuvent se produire dans un effort. Ils peuvent être la conséquence d'une cause traumatique.

Cette distinction établie, nous pouvons aborder directement la question.

On a vu que les idées émises par M. Malgaigne, dans son mémoire de 1840, furent interprétées par les chirurgiens d'une manière un peu inexacte, sans qu'il y eût de la faute de personne. M. Malgaigne avait nié l'étranglement par les anneaux naturels, et n'avait pas parlé des autres. On crut qu'il avait nié d'une

[1] Dupuytren, *loc. cit.*, p. 589 à 591 ; obs. 13 et 14.

manière absolue la possibilité d'un étranglement par les anneaux.

Les arguments qu'on lui opposa furent donc de deux ordres. Les uns avaient pour but de prouver la possibilité de l'étranglement par les anneaux accidentels. Les autres étaient relatifs à l'étranglement par les anneaux naturels.

L'étranglement par les anneaux accidentels ne fut pas difficile à établir. En réalité, d'ailleurs, personne ne l'avait contesté. M. Malgaigne n'eut qu'à rappeler qu'il avait un des premiers soutenu que la hernie crurale s'étrangle souvent à son passage à travers le *fascia cribriformis*. Or c'est là un anneau accidentel. Et dès lors l'étranglement des hernies crurales, des hernies ad-inguinales, des hernies ventrales, des hernies qui ont lieu à travers le ligament de Gimbernat, à travers une déchirure du diaphragme ou par toute autre ouverture accidentelle, se trouvait par là même écarté de la question.

Mais les dénégations de M. Malgaigne persistaient dans toute leur force pour les anneaux naturels, et ici il est nécessaire de parler successivement des hernies crurales et des hernies inguinales.

a. *Hernies crurales.* — La hernie crurale s'échappe le plus ordinairement par l'anneau crural, se place en avant et en dedans des vaisseaux fémoraux, et finit enfin par se faire jour à travers le *fascia cribriformis*. Arrivée à ce degré elle est complète. Son sac présente un trajet curviligne à concavité anté-

rieure, et traverse successivement deux anneaux : l'anneau crural, qui est naturel, et l'anneau du *fascia cribriformis*, qui est accidentel.

Cela posé, quel est le siége de l'étranglement dans la hernie crurale? est-ce l'anneau naturel? est-ce l'anneau accidentel? est-ce le collet du sac?

Parlons d'abord du collet du sac. Le collet du sac de la hernie crurale, lorsqu'il existe, n'est point placé au niveau de l'anneau crural, mais bien au niveau de l'anneau du *fascia cribriformis*. Les recherches de M. Demeaux ont mis ce point en évidence, et je ne crois pas qu'on ait élevé là-dessus la moindre contestation [1]. Le sac de la hernie crurale a donc la forme d'une gourde; il présente un premier renflement placé sous la peau et un second renflement placé entre les deux anneaux, dans ce qu'on appelle le canal crural. J'écarte à dessein ces cas exceptionnels où la hernie s'échappe à la fois à travers deux ouvertures du *fascia cribriformis*. Je ne veux pas compliquer la question.

Tandis que le collet de la hernie inguinale est susceptible de se porter au-dessus ou au-dessous de l'anneau au niveau duquel il s'est formé, celui de la hernie crurale, au contraire, reste toujours à la même place; il répond à peu près constamment à l'orifice du *fascia cribriformis*. Il est donc difficile, lorsqu'un étranglement se produit en ce point, de savoir s'il

(1) Demeaux, *De la hernie crurale*. Thèse inaugurale, Paris, 1843, p. 22.

est dû au collet du sac ou à l'anneau aponévrotique.

Toutefois, les recherches modernes tendent à démontrer que le collet du sac n'est pas la cause ordinaire de l'étranglement dans les hernies fémorales. Très souvent, du reste, cet étranglement a lieu au moment où la hernie franchit pour la première fois le *fascia cribriformis*, et où, par conséquent, le sac n'a pas encore de collet.

Sous ce rapport donc, il y a une première restriction à faire aux idées qu'on avait d'abord attribuées à M. Malgaigne. Il est certain que la plupart des hernies crurales ne sont pas étranglées par le collet du sac.

Reste la question des deux anneaux. M. Velpeau, ainsi qu'on l'a vu plus haut, avait déjà dépossédé l'anneau naturel du rôle que la plupart des chirurgiens lui faisaient jouer dans l'étranglement. Il admettait encore que certaines hernies pouvaient s'étrangler sur le ligament de Gimbernat ; mais chaque jour il en venait à considérer ces cas comme plus rares, et, dès cette époque, ses élèves ne négligeaient aucune occasion de constater le siége de l'étranglement dans la hernie crurale.

Lorsque M. Malgaigne eut formulé ses dénégations, les recherches se multiplièrent encore. Il y avait là une belle partie à gagner. Celui qui aurait trouvé un seul fait bien incontestable d'étranglement primitif par l'anneau crural était sûr d'appartenir à l'histoire. On chercha donc.

On eut recours à deux modes d'exploration : les opérations et les autopsies.

Les autopsies montrèrent que l'anneau est étranger à l'étranglement. Par une coïncidence singulière, quelques mois avant la lecture de M. Malgaigne, une thèse avait été soutenue à la Faculté par M. Perrochaud, et, dans cette thèse, se trouvaient trois autopsies où il était dit expressément que l'étranglement était produit par l'anneau crural ([1]). Or, à défaut d'observations nouvelles, on cita les observations de M. Perrochaud. Mais n'est-il pas évident que ces observations, recueillies à une époque où la question n'avait encore aucun intérêt d'actualité, ne présentaient pas toutes les garanties requises, et que l'auteur avait pu, comme ses prédécesseurs, s'en laisser imposer par les apparences ? D'ailleurs, qu'on ne s'y trompe pas, ce n'est pas une chose facile que l'exacte dissection d'une hernie, et la partie la plus élevée de l'anneau du *fascia cribriformis* est assez rapprochée du ligament de Gimbernat pour qu'on puisse commettre une confusion lorsqu'on ne pousse pas la dissection assez loin.

Aujourd'hui j'ose dire que, depuis 1840, aucune autopsie n'a démontré l'existence d'un étranglement primitif par l'anneau crural.

Restent les explorations faites pendant les opéra-

([2]) Perrochaud, Thèse inaugurale, Paris, 1840 (février), obs. 3 4 et 5.

tions; celles-là ont souvent trompé, et l'apparente évidence des résultats qu'elles ont fournis n'a pas peu contribué à entretenir l'erreur. On incise une hernie crurale, ou ouvre le sac, on met le doigt dans la plaie, et alors on trouve, en haut et en dedans, un ligament rigide dont le bord concave embrasse étroitement le pédicule de la hernie. On en conclut que ce ligament est le ligament de Gimbernat. Rien n'est moins exact cependant, et en voici la preuve. On débride sur ce prétendu ligament de Gimbernat, l'étranglement est levé, l'intestin est réduit; mais le malade meurt. On dissèque la région, et l'on trouve que le ligament de Gimbernat est intact, que le *fascia cribriformis* est seul débridé. Et notez qu'il ne s'agit pas ici d'une erreur commise par un opérateur vulgaire : les meilleurs chirurgiens, les meilleurs anatomistes s'y sont laissé prendre. M. Deville en a cité un cas qui est propre à dissiper tous les doutes [1], et j'en ai vu moi-même, il y a quelques semaines, un autre qui est au moins aussi concluant.

La question me semble donc jugée pour la hernie crurale, et je crois pouvoir accepter cette conclusion :

L'étranglement de la hernie crurale est produit le plus souvent par l'ouverture du fascia cribriformis, quelquefois par le collet du sac, jamais par l'anneau crural.

b. *Hernies inguinales.* — Les appréciations seront

[1] Deville, *Des hernies crurales*, 1853, p. 66, in-8.

beaucoup plus difficiles à formuler pour les hernies inguinales.

Suivant M. Malgaigne, l'étranglement est produit par le collet du sac et jamais par les anneaux. Voici quels sont les principaux arguments qu'il invoque :

1° Si l'anneau inguinal étranglait une hernie, il devrait étrangler en même temps le cordon spermatique qui traverse la même ouverture.

2° Le collet du sac, lorsqu'il existe, est plus étroit que les anneaux inguinaux ; il peut donc seul alors étrangler la hernie. Or, les *seules* hernies qui puissent s'étrangler ont toujours un sac à collet plus ou moins serré.

3° Enfin et surtout, il n'y a pas une seule observation démontrant sans réplique la réalité de l'étranglement par les anneaux. La méthode de J.-L. Petit, qui consiste à débrider l'anneau sans ouvrir le sac, échoue souvent, et lorsqu'elle réussit, c'est parce que l'opérateur, à la faveur de l'incision, touche de plus près les parties qu'il veut réduire. Ne voit-on pas souvent, après la simple incision du sac, la réduction devenir possible sans qu'on ait pourtant débridé ni le collet ni les anneaux ?

M. Laugier a répondu au premier argument, en montrant qu'il n'y a aucune parité de structure entre une anse d'intestin, molle et dépressible, et un organe comme le cordon spermatique qui est dans des conditions toutes différentes. Je n'insisterai pas davantage sur ce premier point.

Mais les autres arguments de M. Malgaigne nous arrêteront plus longtemps. Et d'abord, demande M. Diday, est-il vrai que les hernies à collet soient seules susceptibles d'étranglement ? Et comme preuve décisive, il cite l'exemple des hernies qui s'étranglent au moment de leur apparition. Il en rassemble quelques exemples dont trois seulement sont relatifs aux hernies inguinales. Certes on ne peut accuser le collet du sac dans une hernie qui vient de se former. De plus, les hernies de cæcum n'ont pas de sac véritable, et cependant elles ont pu s'étrangler et se gangrener. Ce n'est donc pas toujours le collet qui fait l'étranglement. Passant alors au troisième argument, M. Diday rassemble vingt-deux observations dans lesquelles la réduction des hernies étranglées a pu être obtenue par la méthode de J.-L. Petit, et parmi ces observations il s'en trouve une qui semble échapper à toute critique, puisque Ledran, à qui elle est empruntée, vit la hernie rentrer d'elle-même dans le ventre dès que l'anneau inguinal eut été débridé.

Voyons maintenant ce qu'il faut prendre et ce qu'il faut rejeter de ces assertions opposées.

Les exemples de hernies inguinales, étranglées au moment de leur apparition, ont toujours été fort rares; mais ils le sont surtout devenus depuis qu'ils peuvent être de quelque poids dans une question de doctrine. C'est qu'aujourd'hui, en effet, on interroge dans ce sens les malades d'une manière pressante, et l'on finit le plus souvent par apprendre que, mal-

gré leur première affirmation, ils ont été atteints de hernie à une époque plus ou moins reculée.

Quoi qu'il en soit, ce serait aller contre les faits que de nier actuellement la possibilité de l'étranglement de la hernie inguinale au moment où elle paraît. Mais voici ce qu'a répondu M. Malgaigne : La hernie congénitale peut se produire à tout âge. Le canal séreux vagino-péritonéal ne s'oblitère pas constamment après la naissance, et dès lors ce conduit, à son embouchure dans l'abdomen, se trouve dans les conditions d'un sac herniaire vide; il se resserre, il s'y forme un collet. Et si plus tard, dans un effort, l'intestin vient à s'engager dans cette ouverture, l'étranglement s'y produira comme dans les hernies anciennes et maintenues, c'est-à-dire qu'il aura lieu par le collet du sac. Mais alors, objecte-t-on, toutes ces hernies devraient pénétrer dans la tunique vaginale? Non, car l'anatomie pathologique a démontré l'existence de la hernie vaginale funiculaire, qui ne communique pas avec la tunique vaginale, et qui a pourtant pour sac le conduit vagino-péritonéal. Mais chez la femme, chez celle dont Leblanc a rapporté l'histoire? — Chez la femme, comme chez l'homme, il peut y avoir pendant toute la vie, dans le canal inguinal, un diverticulum du péritoine auquel Nuck a laissé son nom, et dans lequel il a même placé le siége de la hernie inguinale.

Ce ne sont là peut-être que des fins de non-recevoir, des hypothèses invoquées pour expliquer des

faits embarrassants. L'avenir seul pourra répondre sur ce point, en permettant de constater à la longue, par l'anatomie pathologique, le siége précis des hernies qui s'étrangleront au moment de leur apparition première. La question doit donc être réservée : il n'est pas encore *démontré* que l'anneau soit étranger à l'étranglement des hernies qui viennent de paraître. En attendant que cette démonstration soit donnée, on admettra, si l'on veut, que l'anneau, dans des cas très exceptionnels, est susceptible de devenir un agent de constriction. — Un mot maintenant sur les hernies du cæcum, qui, à proprement parler, manquent presque toujours de sac. J'ai lu les principales observations d'étranglement qui ont été signalées, et toutes celles qui sont accompagnées de détails m'ont paru se rapporter à l'inflammation herniaire. La terminaison par gangrène ne prouve rien : l'inflammation est bien capable d'en venir là toute seule. Cependant il est plusieurs fois question de débridements qui ont été utiles. A coup sûr, ce qu'on a débridé alors, ce sont bien réellement les anneaux. Les anneaux étranglaient donc? Je puis très bien l'admettre; mais c'était un étranglement consécutif au gonflement inflammatoire.

Reste la question des débridements en dehors du sac. Depuis quinze ans ces débridements ont pris beaucoup de développement à Lyon et en Angleterre. Les résultats qu'ils ont fournis sont donc aujourd'hui assez nombreux. On a réussi très souvent à réduire sans ouvrir le sac, après avoir simplement débridé

l'anneau inguinal externe. Plusieurs fois même on a tenté le taxis après avoir dénudé le sac, et l'on a échoué, puis on a débridé l'anneau et l'on a réussi. Cela paraît établir sans réplique la participation de l'anneau à l'étranglement.

Ces faits, si embarrassants au premier abord, deviennent beaucoup moins obscurs si l'on accepte la distinction que j'ai adoptée entre l'étranglement primitif et l'étranglement consécutif. L'étranglement primitif, celui qui étreint l'intestin comme une ligature, ne me paraît possible, dans la hernie inguinale, que par le collet du sac. Mais l'étranglement consécutif, celui qui est la conséquence de la tuméfaction inflammatoire, peut très bien être produit par tous les obstacles du voisinage, et certes, de tous les obstacles, le plus proche est l'anneau inguinal. Je suis même prêt à reconnaître, et plusieurs observations de A. Cooper me permettent de penser ainsi, je suis prêt à reconnaître que, dans l'étranglement primitif par le collet du sac, l'anneau inguinal externe peut jouer un rôle important. Le collet qui étrangle est souvent placé au-dessus de cet anneau. Plus tard la tumeur herniaire, gonflée par l'inflammation, se développe assez bien dans le canal inguinal, et mieux encore en dehors de ce canal; mais au niveau de l'orifice elle rencontre les piliers de l'anneau sur lesquels elle vient s'étrangler.

Voici donc ce que j'accepte pour la hernie inguinale :

La hernie inguinale est presque toujours étranglée

par le collet du sac. — Elle l'est quelquefois aussi par l'anneau, mais alors il est probable que l'étranglement est consécutif à l'inflammation.

Ainsi donc, les opinions de M. Malgaigne sur les agents de l'étranglement me paraissent exactes dans le plus grand nombre des cas, quoiqu'elles comportent des exceptions. Je formulerai ainsi les résultats auxquels l'étude de cette question m'a conduit :

1° Les étranglements primitifs sont produits soit par les anneaux accidentels, soit par le collet du sac.

2° Les étranglements consécutifs, au contraire, peuvent être produits par les anneaux naturels.

§ III. — Causes de l'étranglement.

Les causes de l'étranglement sont prédisposantes ou déterminantes.

1° *Causes prédisposantes.* — A. *Age.* — Très commun chez les adultes, l'étranglement vrai devient plus rare chez les vieillards. Ceux-ci sont fréquemment atteints d'accidents herniaires, mais ces accidents sont le plus souvent purement inflammatoires. Toutefois, les vieillards sont plus exposés que les adultes à certaines variétés d'étranglement, par des cordes épiploïques ou par des brides fibreuses, etc.; variétés qui, comme on le sait, se produisent surtout dans les hernies anciennes et volumineuses.

Les enfants présentent rarement un étranglement véritable. Toutefois, le collet non oblitéré de la tunique

vaginale peut recevoir une anse d'intestin et l'étrangler. M. Goyrand a observé cet accident sur un enfant de quatre mois [1]. Il paraît même que M. Heyfelder l'a vu sur un enfant de huit jours [2].

B. *Sexe.* — L'influence du sexe sur la fréquence des étranglements est assez prononcée. L'étranglement *vrai* est au moins aussi fréquent chez la femme que chez l'homme. Et il ne faut pas oublier que les hernies sont environ quatre fois plus communes chez ce dernier. Les hernies des femmes semblent donc plus disposées à s'étrangler que celles des hommes. Cette remarque s'accorde avec la suivante.

C. *Nature de la hernie.* — L'étranglement se produit plus facilement, et, toutes proportions gardées, plus souvent dans les hernies crurales que dans les hernies inguinales.

Les entérocèles et les entéro-épiplocèles paraissent également disposés à s'étrangler. La présence de l'épiploon favorise quelquefois la production de l'étranglement; mais en même temps elle rend quelquefois les accidents moins rapides et moins graves en protégeant l'intestin.

Il n'est pas démontré que les épiplocèles simples puissent devenir le siége d'un étranglement primitif.

Le volume de la hernie exerce la plus grande influence sur la tendance aux étranglements; les grosses

(1) Cas de Goyrand, *Presse médicale*, 1837, p. 179.

(2) Gosselin, Thèse du concours de l'agrégation, 1844, p. 35.

hernies ne sont presque jamais le siége d'un véritable étranglement. En revanche, elles sont particulièrement exposées aux inflammations.

D. *Application des bandages.* — L'usage *permanent* d'un bandage bien fait et bien appliqué préserve de l'étranglement herniaire.

L'absence de tout moyen contentif, c'est-à-dire la condition précisément opposée, agit à peu près dans le même sens. Les hernies inguinales qui n'ont jamais été maintenues ne s'étranglent que très exceptionnellement. Cela n'est vrai que pour les hernies *inguinales.*

En revanche, on n'a pas oublié que les hernies non maintenues sont très exposées à devenir le siége des accidents de l'inflammation.

En tous cas, la cause prédisposante la plus manifeste de l'étranglement, c'est l'usage habituel d'un bandage insuffisant qui maintient ordinairement la hernie, mais la laisse quelquefois sortir. C'est aussi l'abandon du bandage lorsqu'on l'a régulièrement porté pendant quelque temps.

La plupart de ces causes prédisposantes peuvent se résumer en un seul mot : Les causes qui favorisent l'organisation du collet du sac prédisposent aussi aux étranglements herniaires.

2° *Causes déterminantes.* — Les efforts doivent être cités en première ligne ; les aliments indigestes, les légumes venteux. Tout ce qui produit la tension de l'abdomen peut être ou paraître la cause déterminante de l'étranglement. Pour la hernie crurale, dont l'é-

tranglement est produit par une ouverture du *fascia cribriformis*, les accidents débutent fréquemment immédiatement après un effort qui a brusquement poussé l'intestin à travers cette aponévrose. Souvent la cause reste complétement inconnue.

§ IV. — Nature et mécanisme de l'étranglement.

J'ai admis jusqu'ici, et j'ai soigneusement distingué en principe deux sortes d'étranglements : l'*étranglement primitif* et l'*étranglement consécutif*.

J'ai déjà indiqué le mécanisme de l'étranglement consécutif : l'inflammation en est la cause active ; un anneau, un obstacle quelconque qui résiste à l'expansion des tissus enflammés en devient la cause passive. Je crois avoir prouvé l'existence de cette *complication* de l'inflammation herniaire.

L'étranglement primitif, *envisagé d'une manière théorique*, est d'une nature toute différente. Les tissus herniés se trouvent brusquement étreints avec une force considérable ; la circulation y est interceptée, la mort y est prochaine.

Il y a entre ces deux mécanismes toute la différence qui existe entre le fil d'une ligature en masse appliquée sur le pédicule d'une tumeur et la bague laissée imprudemment autour d'un doigt atteint de panaris.

Mais si, de cette idée théorique, nous passons à

l'examen des faits ; si nous étudions l'état des parties étranglées et les conditions au milieu desquelles l'étranglement survient, nos idées sur ce point se modifient bientôt.

Les ouvertures au niveau desquelles se fait la constriction étant passives, il faut nécessairement que la masse qui les traverse augmente de volume pour qu'elle puisse s'étrangler. Dès lors, ce n'est plus l'anneau qui étrangle la hernie, c'est la hernie au contraire qui s'étrangle sur l'anneau.

Seulement, si l'ouverture est étroite, le moindre accroissement de volume suffira pour déterminer les premiers phénomènes de l'étranglement. Si elle est plus considérable, il faudra une tuméfaction plus grande ; enfin, si l'ouverture est très large, un gonflement énorme peut seul conduire à l'étranglement.

Dans le premier cas, l'étranglement se fera très vite ; il sera presque immédiat, il sera primitif. Dans le troisième cas, il sera consécutif ; mais entre ces cas extrêmes sont les cas intermédiaires : ceux-ci bravent les classifications ; ils établissent une chaîne non interrompue qui relie entre eux les étranglements herniaires les plus dissemblables.

Or, la cause active, évidente, palpable de l'étranglement consécutif, c'est l'inflammation. Remplacez ce même anneau, largement dilaté, par une ouverture d'un calibre un peu inférieur, et supposez encore l'inflammation allumée dans la hernie, il arrivera deux choses : 1° l'étranglement sera plus prompt ;

2° il se produira sous l'influence d'une tuméfaction inflammatoire moins intense. Continuez à rétrécir ainsi par la pensée le diamètre de l'ouverture de constriction, et vous serez bientôt conduit à cette idée qu'avec une ouverture très étroite, le moindre élément inflammatoire, ou même la moindre congestion des vaisseaux, pourra amener un étranglement presque immédiat.

Et quelle autre cause qu'un trouble circulatoire, qu'une congestion sanguine primitive, pourrait rendre compte de ce brusque changement survenu entre les dimensions relatives d'une ouverture immobile et inerte, et d'un contenu qui vient de la traverser? On a invoqué d'autres causes sans doute, on a parlé de la distension de l'intestin par des gaz ou par des liquides. mais cette distension ne saurait être que passagère et ne saurait expliquer un phénomène aussi permanent que l'étranglement, surtout que l'étranglement primitif. Cette distension, je suis loin, très loin d'en nier l'influence, mais je la considère seulement comme une cause capable d'amener la congestion, et c'est toujours celle-ci qui, à mes yeux, constitue la première *lésion* de l'étranglement.

Ainsi, on le voit, tout en reconnaissant l'existence d'un étranglement primitif, bien différent de ce qui constitue l'étranglement consécutif, j'établis une restriction sur la signification absolue de ce mot. Primitif est pour moi synonyme de très prompt, de très précoce; mais, par ordre de date, l'étranglement n'est

que la conséquence d'une lésion qui l'a immédiatement précédé et qui est la congestion sanguine.

Ces premières remarques vont nous permettre de passer rapidement en revue les principales explications qui ont été données du phénomène de l'étranglement.

L'idée d'attribuer aux anneaux une influence active dans la production de l'étranglement n'appartient pas à Richter, ainsi qu'on l'a déjà vu [1]; mais c'est Richter du moins qui l'a développée, et qui lui a donné de la consistance. L'étranglement spasmodique, dû au spasme des muscles de l'abdomen, aurait sa cause dans les changements de forme et de dimensions que les contractions musculaires impriment aux anneaux naturels du ventre; ces changements, à peu près nuls pour l'anneau crural, se réduisent à si peu de chose pour l'anneau inguinal externe, et sont du reste si passagers, qu'il n'est pas possible de leur attribuer le phénomène permanent de l'étranglement. A. Cooper, tout en rejetant l'étranglement spasmodique, croyait encore que le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse pouvait exercer une pression fâcheuse sur une hernie déjà étranglée; mais il est clair que cette idée est étrangère à notre question, puisque nous cherchons la cause primitive de l'étranglement.

Les connaissances aujourd'hui acquises sur le siége des étranglements primitifs ont montré, comme on

[1] Voyez plus haut, p. 95 et 145.

l'a vu, que les anneaux naturels n'y prennent aucune part et ont ruiné du même coup la doctrine de l'étranglement spasmodique.

Mais une autre question a été soulevée. Le collet du sac possède, comme tous les tissus fibreux de formation nouvelle, une certaine force de rétraction, mise en évidence par les transformations mêmes que ce collet subit lorsque la hernie est maintenue. Cette force de rétraction ne pourrait-elle pas jouer un rôle dans le mécanisme de l'étranglement? L'ouverture, dans cette hypothèse, ne serait pas entièrement passive et exercerait sur l'intestin une striction réellement primitive. Cette idée trouverait une sorte de confirmation dans les recherches de M. Demeaux, qui a cru voir un tissu musculaire de formation nouvelle à la face externe du sac, pendant l'organisation du collet.

M. Roustan a réfuté cette assertion de M. Demeaux, et a prouvé que la prétendue couche musculaire, vue par ce dernier, n'est autre chose que du tissu cellulaire vascularisé. Resterait donc la rétraction du tissu fibreux qui constitue le collet du sac. Or, cette rétraction, qui s'effectue réellement lorsque le sac est vide, est plus que contre-balancée par la pression du contenu de la hernie lorsque le sac est plein. Et, en tous cas, elle ne se fait qu'avec une grande lenteur et est tout à fait impropre à rendre compte de la brusque apparition de l'étranglement.

Toutefois, il est possible, il est même probable que

cette rétraction du collet du sac contribue à augmenter la constriction lorsque l'étranglement est une fois établi. L'inflammation, ainsi que Gerdy, l'a démontré, fait rétracter les tissus albuginés, et le collet du sac rentre certainement dans cette catégorie. En tous cas, il est bien clair que si cette rétraction existe, elle est consécutive à l'inflammation et à l'étranglement, et qu'elle ne peut être invoquée comme la cause première de la constriction.

Les ouvertures herniaires doivent donc être considérées comme entièrement passives. C'est au contenu de la hernie qu'il faut s'adresser pour avoir l'explication de l'étranglement. Et ici trois idées principales ont été émises.

Il y a eu d'abord la doctrine de l'engouement, que je crois avoir suffisamment réfutée et sur laquelle on me dispensera de revenir.

On a pensé ensuite que l'introduction d'une nouvelle anse intestinale dans un sac qui en renfermait déjà une première, expliquait à la fois et le gonflement du pédicule de la hernie et l'étranglement qui en est la conséquence. Je ne nie pas la possibilité d'un étranglement par ce mécanisme. Mais en premier lieu cette explication ne serait pas applicable à tous les cas, puisqu'on ne trouve en général dans le sac des hernies vraiment étranglées qu'une seule anse intestinale. Ensuite et surtout, cette explication n'en est pas une. Il resterait à dire pourquoi les parties herniées, après être entrées dans le sac, ne peuvent plus

en sortir. L'ouverture, qui a été assez large pour ne pas s'opposer à l'introduction d'une anse intestinale, devrait, par la même raison, être assez large aussi pour ne pas s'opposer à la réduction, si d'autres phénomènes de nature dynamique n'intervenaient pas aussitôt.

Ces phénomènes ne sauraient être méconnus. Ils sont de nature inflammatoire; mais cette inflammation n'est manifeste qu'au bout d'un certain temps, et d'ici là, quelle est la cause qui s'oppose à la réduction?

On n'a pas oublié que M. O'Beirne considéra, il y a une quinzaine d'années, l'engouement gazeux des hernies comme la cause d'un grand nombre d'étranglements. Cette doctrine, ainsi émise, n'était pas acceptable. Toutefois, M. Gosselin, dans sa thèse de concours, pensa que l'idée de M. O'Beirne méritait d'être examinée, qu'elle était peut-être susceptible de rendre compte des conditions dans lesquelles certaines hernies s'étranglent. Cet appel fut entendu par M. Guyton (1).

On n'ignore pas que les inhalations anesthésiques ont permis de réduire beaucoup de hernies étranglées. Le relâchement de la paroi abdominale, obtenu par ce moyen, est donc une circonstance favorable à la réduction.

(1) Guyton, *Archives génér.*, 1848, 4e série, t. XVIII, p. 70; — et *Revue méd.-chirurg.*, 1849, t. V, p. 209.

M. Guyton nota d'abord l'existence de contractions abdominales assez fortes dès l'apparition de l'étranglement; de plus, il constata plusieurs fois, par la percussion, l'existence d'une certaine quantité de gaz dans les hernies récemment étranglées. Ces divers éléments le conduisirent à la théorie suivante.

Une hernie mal maintenue est chassée dans un effort. La contraction abdominale agit sur la masse intestinale tout entière; les gaz contenus dans l'abdomen sont expulsés vers les points où la résistance est moindre, et se rendent par conséquent dans la hernie. La douleur que celle-ci provoque entretient à son tour la contraction abdominale qui devient ainsi permanente et involontaire. Dès lors l'anse intestinale qui a franchi le collet se dilate dans la cavité du sac herniaire. Les tentatives de taxis, en réveillant la douleur, redoublent les contractions; celles-ci, de leur côté, rendent le taxis infructueux en repoussant énergiquement les gaz dans la hernie, et cet état de choses a beaucoup de tendance à devenir permanent, si par un moyen ou par un autre on n'obtient pas le relâchement des muscles abdominaux.

Telle est la théorie de M. Guyton; elle diffère à plus d'un titre de celle de M. O'Beirne. D'ailleurs, en lisant les observations publiées par ce dernier auteur, on peut s'assurer qu'il s'occupait surtout des grosses hernies, tandis que M. Guyton a restreint la théorie au cas de véritable étranglement.

Et maintenant, que faut-il rejeter, que faut-il admettre? Je pense, pour ma part, qu'il y a deux éléments dans le mécanisme de l'étranglement intestinal.

Le premier élément, c'est l'arrivée d'une anse d'intestin dans une cavité dont l'orifice est notablement plus étroit que le fond, et est en même temps pourvu d'une certaine rigidité.

L'intestin se dilate plus ou moins dans la cavité du sac; l'expansion des gaz qu'il renferme joue sans doute un rôle important dans cette dilatation. Le pédicule de la hernie est plus ou moins serré, mais cela ne constitue pas encore l'étranglement.

Pour que l'étranglement se produise, il faut que, pendant quelques instants encore, la hernie soit maintenue à l'extérieur, et ici la contraction abdominale invoquée par M. Guyton, contraction qui est bien réelle, me semble de nature à contribuer à ce résultat.

Le pédicule de la hernie n'est pas encore étranglé, mais il est du moins comprimé à un degré variable; dès lors la circulation en retour est un peu gênée et l'anse intestinale se congestionne. Son volume s'accroît un peu sous l'influence de cet afflux.

C'est alors qu'apparaît le deuxième élément, l'élément dynamique, l'inflammation. La congestion, d'abord purement passive, devient promptement inflammatoire. La tuméfaction s'accroît. L'intestin s'applique fortement sur les bords de l'ouverture, et

c'est ainsi que commence à se produire cette dépression circulaire que j'ai décrite plus haut, et qui est l'indice d'une constriction violente.

Tant qu'il n'y a que simple congestion, la hernie peut être plus ou moins irréductible, mais elle n'est pas encore étranglée. L'étranglement ne se confirme que lorsque l'inflammation se produit.

Dire maintenant où la congestion s'arrête et où l'inflammation commence, ne me paraît pas possible. On sait que, d'une manière générale, cette question est encore l'une des plus obscures de l'anatomie pathologique.

Je garderai la même réserve sur la question de la gangrène. Il me paraît bien difficile de dire si la gangrène est le résultat de l'inflammation ou celui de l'étranglement. Il est probable, toutefois, qu'elle est due à l'association de ces deux éléments.

Je ne me suis occupé jusqu'ici que de l'étranglement produit par le collet du sac ou par l'anneau herniaire. C'est là en effet l'étranglement le plus commun, et c'est presque le seul auquel les théories se soient adressées. Quant aux autres variétés d'étranglement, celles que produisent les cordes épiploïques, par exemple, elles sont dues à des mécanismes très différents, qui n'ont pas encore été nettement étudiés. L'inflammation herniaire y joue souvent le principal rôle, mais la présence d'un obstacle *mécanique*, susceptible d'être détruit par une opération chirurgicale, les rattache plutôt à la classe des étranglements.

En résumé, pour dire toute ma pensée, l'inflammation est la cause déterminante de tous les étranglements. La résistance d'une ouverture fibreuse en est la cause occasionnelle.

Les étranglements se produisent avec une rapidité très variable.

Les uns commencent dès le début de l'inflammation : ce sont les étranglements *primitifs* ou étranglements *aigus*.

Les autres ne se produisent que beaucoup plus tardivement et marchent aussi avec une rapidité moins grande : ce sont les étranglements *consécutifs* ou *chroniques*.

Enfin il y a des étranglements auxquels je donnerais volontiers le nom d'étranglements *mixtes*. Ils se produisent dans les hernies dont le pédicule est médiocrement serré, par exemple, lorsque le sac a un large collet, comme cela avait lieu dans le cas de M. Heulhard (voy. page 75, Obs. XXIII).

Quelles que soient les difficultés que cette division suscite dans la pratique, elle me paraît devoir être adoptée, parce qu'elle s'appuie sur des faits bien établis.

En tout cas, je ne regretterai pas le temps que j'ai consacré à l'étude du mécanisme de l'étranglement, si je puis contribuer à faire admettre la proposition suivante :

L'inflammation est la cause déterminante des étranglements.

§ V. — Signes de l'étranglement des hernies.

Les détails où je suis entré dans le chapitre II, à propos des signes de l'inflammation des hernies, me permettront d'être très bref ici. Je parlerai successivement de la tumeur et des symptômes qu'elle fait naître.

1° *La tumeur.* — En général, la tumeur paraît tout à coup dans un point où il y a déjà eu une hernie. Elle devient aussitôt irréductible, dure et douloureuse. Le siége exact de la plus violente douleur peut être précisé par quelques malades. Ainsi, par exemple, dans la hernie inguinale, on remarque fréquemment une douleur plus vive au niveau du canal inguinal.

La tumeur, le plus souvent arrondie et assez petite, est pendant les premiers temps sans adhérence avec les couches qui l'entourent. On peut faire glisser la peau sur elle; mais bientôt l'intégrité des parties molles fait place, soit à un œdème du tissu cellulaire, soit à une inflammation plus ou moins vive qui gagne alors la peau avec rapidité.

La hernie conserve quelquefois un volume uniforme pendant plusieurs jours. Mais souvent, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, elle s'accroît manifestement. Ce phénomène paraît lié à l'exhalation de la sérosité dans le sac.

Il arrive souvent qu'à une époque quelconque la

tumeur devient moins douloureuse et moins tendue. Lorsque ce changement ne s'accompagne pas d'amélioration dans les symptômes, il est d'un fâcheux augure et annonce souvent l'imminence de la gangrène.

D'autres fois, l'inflammation phlegmoneuse se propage assez loin dans le tissu cellulaire. Des abcès se forment ; ou encore le centre de la tumeur devient livide, s'élève et se perfore par ulcération ou par gangrène. Alors le liquide purulent, sanieux ou stercoral contenu dans le sac s'écoule. L'intestin, déjà perforé ou sur le point de l'être, va bientôt verser dans la plaie les matières qui le traversent.

Un signe qui se manifeste parfois avant l'ouverture spontanée de la tumeur, c'est la crépitation emphysémateuse, perçue par la palpation. Elle annonce à peu près certainement la gangrène ou la perforation intestinale.

La durée du temps qui s'écoule pendant la succession de ces divers phénomènes, n'est soumise à aucune règle. Cela dépend beaucoup, au reste, du degré de la constriction. En général plus cette constriction est forte, plus les phénomènes locaux marchent avec rapidité. Souvent le malade meurt avant que la peau soit perforée, avant même qu'elle soit enflammée.

2° *Les symptômes.* — Comme dans le cas d'inflammation herniaire simple, les symptômes dépendent surtout de la péritonite. Ce qu'on peut dire seule-

ment, c'est qu'ils sont ici plus rapides et plus fâcheux.

Souvent la douleur s'irradie dans le ventre au moment même de l'accident, et alors les nausées et les vomissements ne se font pas attendre. Les vomissements à odeur fécale se présentent ici bien plus fréquemment et bien plus promptement que dans le cas de péritonite herniaire. Est-ce parce que l'irritation est plus vive ? ou serait-ce parce que l'obstacle mécanique apporté à la circulation intestinale serait pour quelque chose dans cette régurgitation ?

La constipation est, en général, complète. On cite des cas où l'intestin n'était que pincé, et où les selles n'avaient pas été interrompues. Mais j'ai déjà émis des doutes sur la valeur de cet élément de diagnostic.

L'accumulation des matières fécales et surtout des gaz au-dessus de l'étranglement, donne lieu à un phénomène bien simple, que M. Laugier a heureusement utilisé pour le diagnostic. Au-dessus de l'étranglement l'intestin est distendu ; au-dessous, il est à peu près vide, de telle sorte que le ballonnement de l'abdomen n'est pas toujours uniforme. Il est général, par exemple, si c'est l'S iliaque qui est dans la hernie, parce que tous les intestins sont simultanément dilatés. Si c'est, au contraire, aux dépens de l'iléon que la hernie est formée, le paquet de l'intestin grêle, seul météorisé, ne soulève que la partie moyenne du ventre. Mais ces caractères n'ont de valeur que dans les premiers temps. Dès qu'il y a péritonite, le ballon-

nement devient uniforme quel que soit l'intestin étranglé (1).

Enfin, la douleur abdominale, les hoquets, la fièvre et les autres signes de la péritonite marchent ici plus vite que dans le cas de simple inflammation herniaire. Du reste, ce sont bien toujours les mêmes symptômes, je n'ai donc pas besoin d'y revenir.

J'ajouterai quelques mots seulement sur un caractère indiqué comme constant par M. Guyton. C'est la tension, la rigidité, la contraction de la paroi abdominale dès le principe, même avant l'apparition du ballonnement. Cette contraction redoublerait dans les tentatives de taxis, et constituerait même dans l'origine le principal obstacle à la réduction. Ce caractère existe, en effet, dans un certain nombre de cas, mais il ne paraît pas constant (2).

§ VI. — Marche, terminaison, pronostic.

La marche de la maladie est en général rapide, et lorsque l'art n'intervient pas, la terminaison est presque constamment mortelle.

Du reste, les conditions particulières où se trouvent les divers individus, leur âge, leur force, la nature plus ou moins serrée de l'agent constricteur, peuvent

(1) Laugier, *Bulletin chirurg.*, t. I, p. 244.

(2) *Revue méd.-chirurg.*, 1849, t. V, p. 308; obs. de Chapel (de Saint-Malo).

modifier singulièrement la marche de l'étranglement herniaire. Tantôt la maladie parcourt rapidement toutes ses phases; elle peut déterminer la mort en trois jours (A. Cooper). D'autres fois, au contraire, elle marche plus lentement, s'accompagne de symptômes moins graves, et présente même sous ce rapport une grande analogie avec certaines inflammations herniaires.

Les malades qui succombent, tombent un ou deux jours avant leur mort dans une sorte d'affaissement. Les vomissements diminuent ou disparaissent, il ne reste que des hoquets : les douleurs s'apaisent, et le malade croit toucher à la guérison. Mais en même temps on trouve le pouls petit, filiforme, la peau froide, la face décomposée, les yeux caves, et cet état, qui fait renaître les espérances du malade, est, au contraire, aux yeux du médecin, l'indice d'une terminaison funeste. Souvent, en pareil cas, la tumeur devient flasque, indolente, crépitante, caractères qui rendent très probable l'existence de la gangrène.

La mort survient quelquefois sans aucun phénomène nouveau; le malade s'éteint peu à peu, conservant en général son intelligence jusqu'au dernier moment. D'autres fois la mort se produit presque soudainement, et il est commun alors de trouver un épanchement stercoral dans le ventre.

Telle est, on peut le dire, la terminaison naturelle de l'étranglement herniaire. Toutefois, on rencontre des cas plus heureux. La gangrène de l'intestin, com-

plication des plus fâcheuses lorsqu'on la rencontre dans une opération, devient une précieuse ressource lorsque le malade est abandonné à lui-même. Une ouverture se forme et les matières fécales s'échappent par là. Dès lors l'état général s'améliore et le malade finit souvent par guérir. La guérison est parfois achetée au prix d'une bien triste infirmité. Un anus contre nature persiste pendant toute la vie; mais, dans des cas plus heureux, la plaie se referme entièrement, et les matières fécales reprennent leur cours naturel. Je n'ai pas à indiquer ici le mécanisme de cette occlusion spontanée.

Il ne faut pas croire qu'après la terminaison par gangrène, et l'issue à l'extérieur des matières fécales, le malade soit à l'abri de tout danger. La péritonite continue quelquefois ses ravages; ou encore le bout supérieur fortement enflammé s'ulcère et se perfore; ou enfin les adhérences molles qui existent au niveau du collet du sac se rompent pendant une contraction trop forte de l'intestin; l'épanchement stercoral qui se fait alors dans le ventre détermine bientôt la mort.

Enfin, après la gangrène de l'intestin étranglé, la guérison semble pouvoir se produire d'une autre manière sans aucune destruction de la peau. L'anse gangrenée, détachée circulairement du bout supérieur et du bout inférieur, tombe dans le sac herniaire avec les matières fécales. Puis ces matières s'engagent dans le bout inférieur et finissent par arriver à l'anus. Enfin la partie du tube intestinal qui a été frappée de

mort est à son tour éliminée par les selles. Pendant quelque temps encore le sac herniaire forme une sorte de diverticulum dans lequel les deux bouts de l'intestin viennent s'ouvrir. Mais peu à peu le sac se rétracte, et les deux bouts de l'intestin sont ainsi unis d'une manière solide.

Il *semble*, ai-je dit, que cette guérison soit possible. Deux observations en ont été publiées. L'une appartient à M. Cayol (1), l'autre à M. Cruveilhier (2). Mais l'une et l'autre manquent d'un détail important. L'anse intestinale gangrenée n'a pas été trouvée dans les selles. Elle n'a pas été cherchée, il est probable qu'elle a échappé à l'attention du malade. Tous les détails des observations prouvent qu'il en doit être ainsi. Mais il y a loin encore de ce qui *doit* être à ce qui *est* réellement.

Malgré ces éventualités, le pronostic de la hernie étranglée est extrêmement grave. Il ne semble pas possible que la gangrène de l'intestin soit évitée lorsque la maladie est abandonnée à elle-même. On trouve bien dans les auteurs des exemples où le pronostic aurait été plus heureux; on voit que certaines hernies étranglées ont pu guérir sans gangrène et sans suites fâcheuses, mais ces faits paraissent relatifs à des hernies enflammées plutôt qu'à des hernies étranglées.

(1) Cayol, *Sur une terminaison de la gangrène des hernies*, dans le *Traité des hernies* de Scarpa, 1812, p. 215.

(2) Cruveilhier, *Bullet. de la Société anatomique*, 1850, p. 209 et 420.

L'étranglement véritable, lorsqu'il est une fois bien établi, lorsque la rigole circulaire existe sur l'intestin, ne me paraît pas susceptible d'entrer en résolution.

Le *diagnostic* de la hernie étranglée sera exposé dans le dernier chapitre de cette thèse.

§ VII. — Traitement de la hernie étranglée.

Lorsque l'étranglement est une fois bien nettement reconnu, l'indication est précise : il faut dégager l'intestin.

Le chirurgien ne doit pas oublier surtout que les lésions du véritable étranglement marchent avec rapidité, que le péril est grand, et la temporisation nuisible.

Les moyens proposés contre l'étranglement herniaire sont nombreux. Je n'ai pas la prétention de les indiquer tous. Je parlerai surtout des plus importants, ou de ceux qui ont jou diverses époques d'une certaine célébrité.

Tous ont pour but plus ou moins direct de réduire l'intestin. Si l'on trouve dans certains auteurs le précepte de laisser la hernie en place jusqu'à la rémission des accidents, c'est parce que ces auteurs ont eu en vue l'inflammation herniaire, confondue par eux avec l'étranglement véritable.

Je diviserai ces moyens en deux groupes : Il y a les moyens médicaux et les manœuvres opératoires. Il

est rare que les premiers soient employés seuls.

I. *Moyens médicaux.* — Je les diviserai en trois ordres, d'après les idées qui leur ont donné naissance : Les uns ont pour but de combattre l'inflammation qui joue un si grand rôle dans les phénomènes de l'étranglement. Les autres ont la prétention d'agir sur l'agent constricteur et de le relâcher. Les autres enfin s'adressent à l'intestin et se proposent d'exciter en lui des contractions propres à lui faire abandonner l'anneau qui l'étrangle.

A. *Antiphlogistiques.* — Ces moyens sont déjà connus ; ce sont les mêmes qui ont été indiqués dans le traitement de la hernie enflammée, ce sont : la saignée générale, les sangsues, les bains, les cataplasmes, les applications de glace. Il faut y joindre la diète et le repos.

Les saignées ont encore été employées pour déterminer la syncope, le relâchement des muscles, et pour favoriser par là les manœuvres du taxis.

B. *Moyens qui s'adressent à l'agent constricteur.* — Dans le but de relâcher l'anneau ou tout autre agent de constriction, on a employé les narcotiques et les solanées vireuses. Les partisans de la doctrine de l'étranglement spasmodique ont surtout insisté sur ce moyen de traitement.

L'opium est destiné à relâcher les muscles abdominaux et à diminuer les sécrétions intestinales ; il a été employé en cataplasmes, en potions. Enfin, on l'a introduit dans l'urèthre sur une bougie. La jusquiame,

la belladone ont été employées de la même manière.

C. *Moyens qui agissent sur l'intestin.* — On a agi sur le bout supérieur, sur le bout inférieur, et enfin sur l'anse herniée.

1° *Sur le bout supérieur*, par les purgatifs. Les purgatifs ont eu leurs partisans et leurs adversaires. Les premiers y voyaient un bon moyen de faire contracter l'intestin. Les autres y voyaient un moyen plus certain encore d'aggraver les accidents en augmentant l'accumulation des matières dans le bout supérieur. Ceux qui ont cru à l'étranglement par engouement ont particulièrement vanté les purgatifs ; mais tout le monde a été d'accord pour n'employer que des agents peu énergiques.

2° *Sur le bout inférieur*, on a agi par les lavements ou les insufflations. Les lavements fortement purgatifs, les lavements irritants ont été adoptés par un grand nombre d'auteurs, et comptent aujourd'hui beaucoup de partisans. Les lavements de tabac sont ceux qui ont été et qui sont encore le plus usités. On ne doit les employer qu'avec prudence : on cite un cas d'empoisonnement. On a aussi proposé l'emploi des lavements d'eau glacée.

Les insufflations de fumée de tabac ont eu une grande réputation dans le siècle dernier. Elles sont aujourd'hui à peu près abandonnées.

On a encore agi sur le bout inférieur de l'intestin d'une autre manière, avec un tube destiné à retirer les gaz. Je ne fais que signaler ici ce moyen.

qui trouvera mieux sa place à l'occasion du taxis.

3° *Sur l'anse herniée*, enfin, on a appliqué les réfrigérants et l'électricité.

On a eu recours à divers procédés de réfrigération. Les applications d'éther destinées à absorber beaucoup de calorique pendant l'évaporation, la neige, la glace pilée, ont été employés, depuis le siècle dernier surtout, par beaucoup de praticiens ; ils ont des avantages et des inconvénients que j'ai signalés dans le chapitre précédent. Ils agissent à la fois comme antiphlogistiques, et comme moyen propre à exciter la contraction de l'anse intestinale.

Les douches, les affusions froides faites à l'improviste ont fait rentrer quelques hernies. C'est surtout pour la hernie inguinale que ce résultat a été signalé, et il pourrait se faire que la contraction du dartos jouât un certain rôle dans la réduction.

L'acupuncture, l'électropuncture agissent plus directement sur les fibres de l'anse herniée ; elles ont été employées avec des succès divers. Ces moyens ne sont pas encore jugés.

Tels sont les moyens médicaux qui ont été proposés dans le cas de hernie étranglée. Mais la plupart des cas de succès que les auteurs ont publiés paraissent se rapporter à des hernies simplement enflammées.

Toutefois, quelques-uns de ces moyens sont bons à employer dans le cas de hernie réellement étranglée, soit comme adjuvants du taxis, soit comme remplissant une indication précise.

II. *Moyens chirurgicaux.* — Ils sont de deux ordres : les différents procédés de taxis et les diverses opérations sanglantes.

A. *Taxis.* — C'est une opération qui consiste à repousser la hernie dans le ventre.

Le taxis réussit souvent à faire rentrer les hernies étranglées, surtout lorsqu'il est appliqué de bonne heure. Si l'on craint qu'il ne réussisse pas, on a recours à divers moyens adjuvants.

Les adjuvants du taxis sont d'abord un certain nombre de moyens médicaux déjà indiqués, tels que les bains, les cataplasmes, les sangsues, les lavements de tabac, l'opium, etc.

Pour faciliter le taxis, on se propose souvent de relâcher les muscles. On atteint ce but principalement par les inhalations de chloroforme. Le relâchement des muscles de l'abdomen est une condition favorable à la rentrée des parties sorties du ventre. Ce moyen a fréquemment réussi dans ces dernières années.

On a donné au malade un grand nombre de positions destinées, soit à favoriser le relâchement de la paroi abdominale, soit à soumettre la hernie à des tractions exercées sur elle par le reste de la masse intestinale.

Le décubitus dorsal, les épaules et la tête soulevées par des oreillers, les cuisses fléchies et un peu écartées, telle est la position la plus favorable au relâchement des muscles abdominaux.

Les positions destinées à faire exercer des tractions

sur la hernie par le poids de l'intestin contenu dans le ventre, ont été nombreuses et diverses.

Les malades ont été couchés obliquement ou verticalement, la tête en bas et les pieds en haut. On les a suspendus au plafond par les pieds; on les a fait mettre à quatre pattes, ou sur les coudes et sur les genoux; on les a suspendus par les jarrets aux épaules d'un homme vigoureux, qui les portait ainsi pendant quelques instants, etc. Ces moyens agissent par l'action de la pesanteur sur les anses intestinales intérieures. Ils ont réussi tantôt à faire rentrer tout à fait l'intestin, tantôt seulement à faciliter le taxis. On a encore proposé, dans un but analogue, de faire exécuter par le malade des efforts de toux; on a appliqué sur le ventre une immense ventouse, etc., etc.

Ces moyens sont aujourd'hui assez peu usités.

L'évacuation des gaz du gros intestin a été proposée par M. O'Beirne, comme conséquence de ses opinions sur la nature des accidents des hernies. Un tube flexible est introduit par l'anus jusque dans l'S iliaque. Souvent les gaz s'échappent avec bruit et le malade se trouve soulagé. Il paraît que ce procédé a réussi plusieurs fois à rendre le taxis plus facile; mais il s'agissait le plus souvent de hernies enflammées et non point de hernies étranglées. Ce moyen n'est guère employé en France; il n'est pas encore jugé.

Il y a plusieurs méthodes de taxis: le taxis ordinaire dans lequel on déploie une force modérée; le taxis forcé dans lequel on comprime violemment et long-

temps la tumeur, au risque de l'écraser ; et le taxis lent qui agit simplement sur la tumeur par une compression graduelle et permanente.

Le taxis appliqué sans ménagement est la source d'une foule d'accidents ; il a plus d'une fois produit la rupture de l'intestin, et l'épanchement de matières fécales dans le ventre en a été la conséquence.

B. *Opération de la hernie étranglée.* — Cette opération consiste à inciser avec précaution les couches qui couvrent la hernie, à aller chercher l'agent constricteur et à le débrider. Dès lors l'intestin mis en liberté peut être repoussé dans le ventre.

Les procédés et les instruments ont été multipliés à l'infini. Mais, en résumé, il y a deux grandes méthodes. Dans la méthode de Franco on ouvre le sac ; dans la méthode de J.-L. Petit on ne l'ouvre pas. Ces deux méthodes, telles qu'on les emploie aujourd'hui, remplissent deux indications bien différentes : l'une débride le collet du sac d'abord, etde plus, quelquefois, l'anneau fibreux le plus voisin ; l'autre débride seulement l'anneau fibreux. Chacune d'elles, par conséquent, peut convenir à certains cas particuliers ; mais, d'une manière générale, la méthode avec ouverture du sac présente sur l'autre un avantage : c'est qu'elle permet seule d'apprécier exactement l'état de l'intestin et de prendre les mesures que nécessitent certaines complications.

Appréciation.

Après avoir exposé ou plutôt énuméré les principaux moyens de traitement qu'on a proposé de mettre en usage contre l'étranglement herniaire, je dois faire un choix parmi ces moyens et indiquer ceux qui me paraissent devoir être employés.

Le traitement général sera le même que dans le cas de hernie enflammée. Je n'ai pas besoin d'y revenir.

1° La première question qui se présente est celle du taxis. Les indications ici ne ressemblent pas du tout à celles que nous avons établies dans le traitement de la hernie enflammée.

Il est probable que si le chirurgien était appelé dans les premiers instants, par exemple dans la première demi-heure qui suit le brusque début de l'étranglement, il est probable, dis-je, qu'alors presque toutes les hernies seraient susceptibles de céder au taxis. Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi, et pour peu qu'il se soit écoulé deux ou trois heures, il peut se faire que la hernie soit déjà entièrement irréductible.

Sous ce rapport, les différences les plus grandes existent entre les divers cas particuliers. Il y a des hernies étranglées que le taxis peut réduire au bout de deux et trois jours. On a même dit que la réduction avait pu souvent être obtenue beaucoup plus

tard. Mais s'agissait-il bien toujours alors d'un véritable étranglement?

Ces différences s'expliquent fort bien, si nous nous rappelons que le degré de constriction est très variable; mais comme, à tout prendre, nous ne connaissons qu'après coup ce degré de constriction, il en résulte que dans la pratique une question des plus difficiles à résoudre se présente à chaque nouveau cas d'étranglement: cette hernie est-elle de nature à céder au taxis, ou bravera-t-elle toutes les tentatives?

Dans le premier cas, il y aurait un avantage immense à insister sur la réduction. La hernie une fois rentrée, le malade est le plus souvent hors de danger; il a évité surtout de subir une opération des plus graves. Mais dans le deuxième cas, si le taxis n'aboutit à rien, il ne peut être que nuisible; il ne fait que froisser un intestin déjà trop menacé de gangrène et rendre ainsi beaucoup moins favorable l'opération de la herniotomie devenue pourtant nécessaire.

D'une part, il advient assez souvent qu'une hernie, qui a résisté aux plus habiles manœuvres, cède à des tentatives faites par des mains beaucoup moins exercées, au moment quelquefois où on allait pratiquer l'opération. Il n'est personne qui n'en connaisse plusieurs exemples. De telle sorte que le chirurgien peut se demander, lorsqu'il opère de bonne heure, si son opération n'aurait pas pu être évitée.

D'une autre part, il est reconnu par tout le monde

que l'opération est d'autant moins grave qu'elle est pratiquée plus tôt.

Ces éléments opposés ont fait naître deux doctrines qui, plus que jamais peut-être, divisent aujourd'hui les praticiens : les uns veulent qu'on insiste longtemps sur le taxis, et qu'on n'accepte l'opération que comme une dernière ressource; les autres permettent tout au plus quelques légères tentatives, et préfèrent recourir tout de suite à l'opération.

Pour juger sans appel une aussi grave question de pratique chirurgicale, il faudrait des faits nombreux et précis. Je ne crois pas que la science possède jusqu'ici de matériaux suffisants pour cela. Je trouve bien çà et là quelques statistiques, et je lis, par exemple, que dans un espace de vingt-sept ans, M. Textor, de Wurtzbourg, a réduit 114 hernies étranglées, sur lesquelles 105 ont guéri, et que l'opération pratiquée 56 fois a donné 24 morts. Un pareil résultat semble encourageant; les succès du taxis sont manifestes. Mais il ne nous manque qu'un détail : parmi les hernies ainsi traitées, combien y avait-il d'étranglements véritables, et combien d'étranglements simulés par l'inflammation? Et qui peut nous dire si ces réductions nombreuses et heureuses ont été obtenues sur la première ou sur la seconde de ces deux catégories (1)?

Privé de la lumière que les faits auraient seuls pu

(1) *Journal de Malgaigne*, 1843, t. I, p. 38.

nous donner, nous sommes donc obligé de raisonner un peu, de nous rappeler la nature et la gravité des lésions que l'étranglement détermine sur l'intestin, et aussi l'imminence de la péritonite; alors, rapprochant ces éléments d'un fait sur lequel tout le monde est d'accord, à savoir, que l'opération est infiniment plus grave lorsque la péritonite est déclarée, nous serons conduit à penser qu'il vaut mieux se hâter d'opérer.

Voici donc la conduite que je conseillerai de suivre. Si l'étranglement remonte à deux ou trois jours, si des tentatives de taxis ont déjà eu lieu à diverses reprises, si l'inflammation est vive, la peau rouge, si le ventre est déjà douloureux, si, en un mot, il est probable que les lésions sont déjà très avancées, le taxis doit être absolument rejeté et l'opération entreprise immédiatement.

Si l'étranglement est moins ancien, si la tumeur est peu enflammée, si elle n'a pas été fatiguée par des tentatives de taxis, le chirurgien, après avoir chloroformisé le malade, doit chercher à réduire la hernie par des pressions méthodiques et *modérées*. Car je rejette absolument le taxis forcé. Si cela échoue, on peut tirer du sang par la veine ou par des sangsues, pourvu que l'état général ne s'y oppose pas; puis on plonge le malade dans un grand bain pendant au moins une heure. On administre, si l'on veut, un lavement de tabac. Après quoi on cherche encore à réduire, et si cela ne réussit pas, on doit se décider promptement à l'opération.

2° Quelle méthode opératoire faut-il choisir? — Les connaissances que nous possédons sur le siége le plus habituel des étranglements, l'incertitude où nous sommes sur l'état des parties étranglées, la nécessité qu'il y a pourtant de bien connaître cet état, pour ne pas réduire dans le ventre un intestin menacé d'une perforation prochaine, tous ces motifs nous portent à donner la préférence à la méthode par ouverture du sac. S'il s'agissait toutefois d'une hernie crurale, cas où le collet du sac n'est pas l'agent ordinaire de la constriction, si les accidents étaient peu anciens, si tout permettait de croire que l'intestin n'est pas gravement altéré, on pourrait chercher d'abord à débrider le fascia cribriformis sans ouvrir le sac (ce qui est du reste bien difficile); on exercerait sur la tumeur une molle pression et l'on chercherait ainsi à la réduire sans intéresser l'enveloppe péritonéale. Mais on n'insisterait pas fortement sur ce taxis exercé dans le fond de la plaie, et pour peu qu'on trouvât de résistance, il vaudrait mieux fendre le sac que de s'exposer à contondre l'intestin.

Lorsque l'intestin est à nu, on l'examine soigneusement. J'ai parlé ailleurs des caractères qui ont été indiqués comme annonçant la gangrène. Je n'y reviendrai pas. Je ne ferai non plus que rappeler le précepte d'attirer l'intestin à l'extérieur après le débridement, pour examiner l'état de ses tuniques au niveau du point sur lequel a porté la constriction. Si l'intestin est trouvé sain, on le réduit avec précaution

et l'on referme la plaie, soit par la suture, soit avec des bandelettes.

Ce mode de pansement est bien loin d'être adopté par tout le monde. Beaucoup de chirurgiens sachant qu'on n'obtient presque jamais la réunion complète de la plaie par première intention, et craignant de donner lieu à la formation de fusées purulentes, préfèrent maintenir la plaie béante, et pour cela ils y introduisent de petits bourdonnets de charpie. Je pense, pour ma part, que la réunion immédiate est préférable. Le plus souvent, la peau se recolle en grande partie, mais dès le second ou le troisième jour la cicatrice récente est soulevée par un petit épanchement de sérosité sanguinolente ou purulente. Rien n'est facile comme d'évacuer ce liquide en rouvrant un coin de la plaie avec la sonde cannelée : on évite ainsi les décollements et les fusées purulentes et l'on diminue beaucoup les chances de péritonite.

Après avoir réuni les lèvres de la plaie et appliqué un pansement simple, on doit exercer au moyen d'un spica une compression modérée pour empêcher les viscères de faire de nouveau hernie. En même temps l'opéré est couché dans le décubitus dorsal, les cuisses et les jambes à demi fléchies, au moyen d'un gros coussin cylindrique placé dans les jarrets. On fera bien d'appliquer pendant les premiers jours une vessie pleine de glace par-dessus le spica. Cette application *médiate* de la glace n'a aucun inconvénient et me semble de nature à empêcher le développement de la péritonite.

Il arrive souvent, après la réduction, que les accidents continuent, que les vomissements ne cèdent pas, et que la constipation persiste. Cette grave complication s'observe quelquefois aussi après la réduction par le simple taxis. Elle doit être attribuée à la péritonite. Peut-être aussi le rétrécissement que M. Tessier a indiqué contribue-t-il à la produire (voyez plus haut, p. 183). Cette persistance de la constipation et des autres symptômes réclame l'administration d'un purgatif peu énergique, tel que l'huile de ricin, ou un sel neutre. Si la péritonite se développe, on la traite par les moyens appropriés.

Malgré l'apparente intégrité de l'intestin au moment de l'opération, il peut se faire qu'après la réduction la gangrène s'empare d'une partie de l'anse qui a été étranglée. Quelquefois l'épanchement stercoral se fait dans le ventre. Dans des cas plus heureux, l'intestin est devenu adhérent au niveau de l'anneau, et c'est par la plaie de l'opération que les matières s'écoulent.

3° Disons rapidement ce qu'il faut faire lorsqu'on trouve l'intestin perforé ou gangrené.

Si les perforations sont larges ou la gangrène étendue, il faut inciser largement et établir un anus artificiel. L'excision de l'anse intestinale et la suture par invagination ont donné quelques succès. Mais ces opérations me semblent plus graves que l'ouverture pure et simple de l'intestin.

Si es matières ne s'écoulent pas librement, on porte doucement une sonde dans le bout supérieur.

Mais quelquefois cela ne suffit pas, et j'en ai vu un exemple où la mort s'ensuivit. Que faut-il donc faire : Faut-il administrer par en haut un léger purgatif? Beaucoup le pensent. Mais il y a un danger à craindre; c'est que la contraction des anses intestinales, provoquée par le purgatif, ne détruise les adhérences récentes qui se sont établies au niveau de l'étranglement. Après tout, cette crainte n'est peut-être pas fondée, et d'ailleurs le péril est pressant. Si je me trouvais en présence d'un cas de ce genre, je me déciderais donc à administrer un léger purgatif.

Si la perforation intestinale est petite, si la gangrène est très peu étendue, l'indication n'est plus la même. Et ce que je vais dire des perforations spontanées s'appliquera tout aussi bien à celles que le chirurgien produit quelquefois pendant l'opération avec la pointe de son bistouri.

Supposons donc une très petite ouverture. L'expérience a démontré que la réduction pouvait être effectuée comme si l'intestin était sain, sans que pour cela les matières s'épanchent dans le ventre. Je lis dans un article de M. Piachaud, que M. Velpeau a agi de la sorte et s'en est bien trouvé [1].

M. Cloquet, A. Cooper, M. Laugier ont préféré au contraire pratiquer une ligature circulaire autour de la perforation. Les lèvres de la petite ouverture sont saisies avec des pinces fines et on applique une ligature

[1] *Archives générales*, 1851, 4e série, t. XXVI, p. 336.

en masse. Après quoi on réduit dans le ventre, en laissant sortir par la plaie l'un des chefs du fil (1).

Lorsque le bistouri fait par mégarde à l'intestin une grande plaie, on peut avoir recours à l'un des procédés de suture intestinale.

La présence de l'épiploon dans le sac complique souvent l'opération. J'ai parlé plus haut des sacs épiploïques et je n'y reviendrai pas.

Après avoir réduit l'intestin, on s'efforce de réduire aussi l'épiploon. Quelquefois la masse épiploïque est trop volumineuse pour rentrer. On a proposé alors de l'exciser avec ou sans ligature ; mais il vaut mieux, dans ces cas, laisser l'épiploon dans la plaie, au risque de le voir se gangrener par excès d'inflammation, ce qui est beaucoup moins grave qu'on ne l'a cru.

Je ne parle pas des accidents qui peuvent résulter de la lésion d'une artère dans le débridement. Cette lésion est très rare du reste. Je n'ai pas à m'en occuper. Cela appartient à l'histoire de chaque hernie en particulier.

Suites de l'opération. — L'opération de la hernie étranglée est très grave. Si l'on réunit un grand nombre de statistiques, on voit que plus de la moitié des malades succombent dans les hôpitaux. En ville, les résultats sont moins fâcheux.

Indépendamment des accidents immédiats, la mort peut être la conséquence des altérations tardives qui

(1) Laugier, *Bulletin chirurgical*, t. I, p. 19.

se produisent dans l'intestin au niveau des points étranglés. Quelques malades ne succombent pas, mais restent sujets pendant toute leur vie à des troubles digestifs plus ou moins graves. On lira avec intérêt, sur ce sujet, des faits consignés dans une excellente thèse de M. Guignard [1].

CHAPITRE IV.

DIAGNOSTIC DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE ET DES AFFECTIONS QUI PEUVENT LE SIMULER.

Lorsqu'on est appelé auprès d'un malade atteint des accidents locaux ou généraux qui se rapportent à l'étranglement herniaire, le diagnostic, pour être complet, exige la solution de plusieurs problèmes importants que je vais indiquer sous forme de questions :

1° Existe-t-il une ou plusieurs hernies ?

2° La hernie unique ou l'une des hernies multiples est-elle le point de départ des accidents ?

3° Cette question résolue par l'affirmative, de quelle nature est l'affection qui envahit la hernie ; celle-ci est-elle enflammée ou étranglée ?

[1] Guignard, Thèse inaugurale, Paris, 1846, *Sur le rétrécissement et l'oblitération de l'intestin dans les hernies.*

4° La lésion herniaire est-elle simple ou compliquée, depuis combien de temps dure-t-elle, à quelle période est-elle parvenue?

5° Quel est le viscère hernié? s'agit-il d'un entérocèle, d'un épiplocèle, d'une hernie de la vessie ou de l'ovaire? etc., etc. Dans les cas particuliers, pour les hernies du pli de l'aine, par exemple, on a encore à se demander s'il s'agit d'une hernie crurale ou inguinale, etc., etc.

6° On n'a point reconnu de tumeur herniaire bien caractérisée, mais on trouve dans une certaine région une tumeur susceptible d'être confondue avec une hernie étranglée (1) en raison d'une communauté de symptômes locaux; à quelle maladie a-t-on affaire? Ceci est une question de diagnostic différentiel des tumeurs d'une région.

7° Un malade présente le cortége des symptômes généraux de la hernie étranglée, mais on ne lui trouve ni hernie, ni tumeur quelconque : de quelle affection est-il atteint? Il est alors indispensable de parcourir le champ de la pathologie interne pour arriver à un diagnostic plus ou moins exact.

En restant au point de vue auquel je me suis placé dans tout le cours de ce travail, je ne saurais me proposer de répondre à toutes ces questions. Il n'entre

(1) C'est pour la rapidité du langage que dans toute cette première partie du chapitre du diagnostic j'emploie le mot *hernie étranglée*, qui n'a d'autre acception ici que celle de hernie avec accidents locaux d'étranglement ou d'inflammation.

donc pas dans mon but de rappeler les erreurs nombreuses, quelquefois singulières, souvent excusables, qui ont été commises par les chirurgiens, même les plus éminents. Je ne veux pas davantage, à propos de chaque hernie en particulier, donner les moyens de la distinguer de toutes les affections voisines ou éloignées qui peuvent être confondues avec elle ; ces notions se trouveront dans les traités classiques et dans les monographies intéressantes que la science possède.

Je me renfermerai donc dans les deux questions suivantes :

1° Les accidents locaux ou généraux ont-ils pour point de départ une hernie, ou sont-ils dus à une maladie d'une tout autre nature, qui en revêt la livrée symptomatologique ?

2° Lorsque la hernie est évidemment la cause des accidents, quelle est la nature de la lésion herniaire ?

§ I. — Les accidents ont-ils pour point de départ une hernie ?

La solution du premier problème paraît bien simple, et, il faut le dire, dans la majorité des cas, l'erreur serait peu excusable. Mais il faut avouer aussi qu'un concours de circonstances fortuites peut jeter la plus grande obscurité sur le sujet, et rendre compte des erreurs de diagnostic qui ont été commises.

Attirer l'attention sur ces erreurs, c'est presque

enseigner à les éviter. Je vais donc en indiquer les principales causes.

A. Dans un premier groupe d'erreurs de diagnostic, se rangent les cas assez nombreux où l'on a méconnu l'existence de la tumeur herniaire et où l'on a rapporté les accidents à une péritonite, à un volvulus, à une entérite, etc., etc.

Les hernies étranglées ont été méconnues dans deux circonstances principales : tantôt parce que, les signes locaux de la tumeur herniaire se dissimulant aux yeux du chirurgien, les accidents généraux seuls ont fixé l'attention, et ont fait croire à une maladie étrangère aux hernies ;

Tantôt parce que, au contraire, les accidents généraux étant insidieux ou paraissant caractéristiques d'une maladie interne, l'examen des régions herniaires a été négligé ou incomplétement pratiqué.

Les erreurs de diagnostic de ce premier groupe se rapportent presque toutes à des étranglements vrais. Le plus souvent elles n'ont été reconnues qu'à l'autopsie.

Les signes locaux de la tumeur herniaire manquent ou sont obscurs dans les cas suivants : lorsque la tumeur est trop profonde, quand elle est trop petite, lorsque le sujet est chargé d'embonpoint ; enfin, lorsqu'une tumeur étrangère à la hernie et placée au-devant d'elle la masque et gêne l'exploration.

Citons, à l'appui de ces propositions, quelques exemples, sans nous attacher néanmoins à être complet.

Paoli (¹) diagnostique un étranglement interne chez un malade qui présentait tous les signes de l'étranglement intestinal, et qui n'avait aucune tumeur apparente. L'autopsie démontre une hernie étranglée dans la paroi postérieure du canal inguinal.

Hilton soupçonne un obstacle dans l'intestin grêle, à cause de la persistance des accidents généraux de l'étranglement. Il pratique la gastrotomie : on reconnaît qu'une anse de l'intestin grêle pénètre dans le trou obturateur ; on l'en dégage ; les parois intestinales ne sont pas profondément altérées, mais les suites de l'opération sont néanmoins funestes (²).

Voici donc deux exemples d'étranglements pris pour des iléus, parce que la tumeur herniaire était inaccessible au chirurgien. On sait que beaucoup de hernies obturatrices sont dans ce cas, et ont causé la mort sans que leur existence eût même été soupçonnée. MM. Bouvier (³), Hewett (⁴), Tebay (⁵), et plusieurs autres ont signalé des faits de ce genre.

La hernie étranglée était encore obturatrice dans ce cas dont parle A. Bérard (⁶), et l'où on avait cru,

(¹) Paoli, dans *Gazette médicale*, 1848, p. 108.

(²) Hilton, *Archives générales*, 4ᵉ série, t. XIX, p. 346.

(³) Bouvier, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1840, t. V, p. 7.

(⁴) Hewett, *Gazette médicale*, 1848, p. 71.

(⁵) Tebay, dans *Ranking Half-yearly Abstracts*, 1852, t. XVI, p. 184.

(⁶) Aug. Bérard, Thèse de concours, 1836, p. 229 ; — *Journal des progrès*, t. XVI, p. 256.

pendant huit jours, à l'existence d'une néphrite. Au bout de ce temps, l'apparition de vomissements stercoraux fit penser qu'il s'agissait d'une hernie, mais on n'en put préciser le siége, et l'autopsie seule fournit des lumières malheureusement trop tardives.

La petitesse de la hernie trompa A. Cooper dans un cas cité par Dupuytren. Il y avait des signes d'étranglement, mais on ne put découvrir la tumeur, et le malade mourut le sixième jour. A l'autopsie on trouva une hernie crurale grosse à peine comme une noix muscade. L'intestin était perforé, et les matières, en s'épanchant dans le ventre, avaient donné lieu à une péritonite générale.

Dans d'autres cas, l'embonpoint excessif, joint à la petitesse de la hernie, légitimait presque l'erreur.

M. Chomel a cité dans ses leçons l'histoire d'une femme excessivement grasse, ayant tous les signes de l'étranglement, mais ne présentant ni tuméfaction, ni douleur dans le voisinage des ouvertures naturelles, ni à leur niveau : on trouva une hernie crurale presque imperceptible.

Les hernies sont encore très facilement méconnues lorsqu'elles sont petites et masquées par d'autres tumeurs dont les caractères physiques et surtout les symptômes se rapportent à ceux des hernies étranglées. Ces tumeurs ont souvent dans ces cas été incisées et les hernies placées derrière elles ont été involontairement ouvertes. Ces erreurs sont relativement moins

graves que les précédentes, mais il en résulte assez souvent un anus contre nature.

L'inflammation du tissu cellulaire péri-herniaire, la formation consécutive d'abcès extérieurs au sac, les adénites et les abcès ganglionnaires du pli de l'aine, etc., etc., ont souvent fait méconnaître une hernie étranglée, profonde, placée au-dessous de ces tumeurs inflammatoires, et ont motivé des opérations dans lesquelles l'intestin a été ouvert. Ces erreurs, qui commandent la plus grande circonspection dans les opérations que l'on pratique dans les régions herniaires ne sont pas toujours faciles à éviter, surtout lorsque les symptômes généraux de l'étranglement sont lents, insidieux, peu tranchés, comme cela a eu lieu plusieurs fois.

Dans un cas cité par Méry [1] la fluctuation évidente avait fait croire à un bubon vénérien, et les symptômes abdominaux étaient fort peu prononcés : cependant le malade affirmait qu'il avait une hernie du même côté; l'incision fut faite avec soin : on trouva d'abord une collection liquide, puis, au fond, un intestin adhérent à l'anneau.

Else, cité par Scarpa, rapporte qu'une glande inguinale tuméfiée et enflammée lui en a imposé en cachant une petite hernie crurale étranglée. Je pourrais multiplier les exemples, mais il me suffit de signaler la circonstance importante de deux tumeurs

[1] Méry, *Académie des sciences*, 1701, in-12 (Hollande), p. 377.

superposées, différentes, et dont l'une est une hernie étranglée.

J'ai dit plus haut que la tumeur pouvait être méconnue quand les accidents généraux ne correspondaient pas exactement à ceux de l'étranglement bien caractérisé.

Chez un sujet affecté de péritonite chronique, une hernie crurale s'étrangla; on crut à un iléus, après avoir constaté dans le pli de l'aine la présence d'un ganglion engorgé et ramolli : certes le hasard avait bien rassemblé dans ce cas, cité par M. Laharpe, de Lausanne (1), toutes les chances d'erreur.

Balme raconte l'histoire d'un sujet affecté de coliques extrêmement vives qui fixèrent seules l'attention. A l'autopsie on reconnut une hernie inguinale sphacélée (2).

Lorsqu'une hernie s'étrangle pendant une épidémie de choléra, on comprend très bien que l'attention soit détournée de la maladie locale par les préoccupations que fait naître l'épidémie qu'on voit tout autour de soi. Une malade succomba ainsi dans le service de M. Louis, en 1849, aux progrès d'une péritonite consécutive à une hernie crurale étranglée. J'assistai moi-même à l'autopsie.

C'est la lenteur de la marche des accidents, leur peu d'intensité, l'absence de quelque symptôme pres-

(1) La Harpe, *Gazette médicale*, 1839, p. 570.

(2) Balme, *Journal de Vandermonde*, 1774, t. XLI, p. 515.

que constant, comme les vomissements ou la constipation qui, dans plusieurs cas, ont fait méconnaître la hernie étranglée. Au reste, dans quelques faits de cette catégorie, l'erreur n'a pas été aussi fâcheuse; c'est lorsqu'il s'agissait de hernies enflammées sans étranglement. On peut dans quelques cas reprocher à l'examen de n'avoir pas été complet.

La lenteur dans la marche des phénomènes, la fluctuation, le siége insolite de la tumeur, dans l'observation de M. Pétrunti (1), avaient fait diagnostiquer successivement une fièvre gastrique, une rétention d'urine, puis un abcès par congestion. La tumeur fut incisée par le vagin : il s'agissait d'une hernie épiploïque vaginale, gangrenée. Un malade de M. Velpeau (2) présentait une tumeur de l'aine, ramollie, fluctuante ; le malade n'avait d'ailleurs ni vomissements, ni constipation, ni douleurs de ventre. Il survint cependant plusieurs points fluctuants dans la tumeur herniaire : ils furent ouverts avec le bistouri, et donnèrent plus tard issue à des matières fécales.

Je ne trouve véritablement qu'un précepte à donner pour éviter les erreurs de ce genre, c'est de recommander, toutes les fois que se manifestent des symptômes locaux ou généraux ayant rapport à l'étrangle-

(1) Pétrunti, *Gazette médicale*, 1836, p. 424.
(2) Velpeau, *Archives générales*, 1re sér., t. XXVII, p. 117.

ment, l'exploration minutieuse et répétée de toutes les régions dans lesquelles les hernies abdominales peuvent se présenter. Il faut, qu'on me passe l'expression, faire l'inventaire rigoureux du sujet, en explorant, jusqu'aux siéges les plus insolites des hernies. Je ne pourrais en dire davantage sans descendre du général au particulier.

B. Dans le second groupe d'erreurs de diagnostic, je placerai les cas où une tumeur herniaire, enflammée ou étranglée, a été examinée légèrement et prise pour un bubon, un abcès, un kyste, un hydrocèle, un phlegmon, etc., etc. Souvent en pareil cas, la hernie a été ouverte avec des résultats plus ou moins fâcheux. Ces erreurs ont eu lieu pour toutes les hernies, dans toutes les régions, et nous trouvons déjà dans les anciens des faits de ce genre.

Alexandre Benedict ([1]) signale la fréquence des hernies qui ont été ouvertes pour des bubons, et fait remarquer que cet accident arrive plus souvent chez la femme. Pierre de Marchettis ([2]) mentionne également des faits malheureux. Nous n'en rapporterons pas d'exemples, et nous renverrons aux traités classiques qui en renferment un grand nombre. Il faut bien le dire, si le diagnostic présente quelquefois de grandes difficultés, quelquefois aussi l'ignorance, la légèreté

([1]) Alex. Benedictus, *De partibus corporis humani*, lib. I, cap. 5, dans ses *Œuvres*, Bâle, 1549, in-fol., p. 584.

([2]) Marchettis, dans la *Collection d'observations chirurgicales de Genève*, 1669 (édition Chouët), in-4, p. 252 ; obs. 56 et 57.

ou la précipitation ont à revendiquer une large part dans ces erreurs de diagnostic, qu'il eût été possible d'éviter avec une connaissance approfondie de la symptomatologie des hernies, et des tumeurs qui peuvent les simuler, avec une interprétation sagace des commémoratifs, et de la marche de l'affection douteuse.

Un chirurgien prudent et habile opérateur, s'il ne peut pas toujours être infaillible dans son jugement, ne sera presque jamais du moins nuisible au malade. Toutes les fois qu'il se croira obligé d'ouvrir une tumeur située dans une région herniaire, et présentant quelques caractères insolites, au risque de rendre l'opération plus longue, il fera son incision en plusieurs temps, coupant les tissus couche par couche, comme s'il s'agissait d'une hernie. Il vaut mieux pécher par excès de circonspection que de s'exposer à ouvrir l'intestin.

C. Dans le troisième groupe d'erreurs de diagnostic, je range les cas où il n'y a point de hernie, et où cependant certains accidents locaux ou généraux font croire à l'existence d'un étranglement herniaire. Je ne puis vraiment qu'énumérer les maladies qui peuvent simuler l'étranglement en les groupant sous deux chefs, suivant qu'il existe une tumeur avec des accidents locaux, et quelquefois même avec des complications abdominales, telles que vomissements, constipations, etc., ou suivant que, toute tumeur manquant, les symptômes seuls existent : on pourrait croire alors qu'il existe une hernie cachée, comme

nous en avons cité plus haut des exemples. Ces cas sont évidemment les plus obscurs. Je ne puis, à propos de chacune de ces maladies, passer en revue toute la pathologie du cordon testiculaire, du testicule et de ses annexes, et toute la symptomatologie des tumeurs pariétales de l'abdomen. Il m'est tout aussi impossible de faire, à propos des vomissements, de la constipation, etc., etc., des articles de pathologie générale et de séméiotique, dans lesquels il faudrait décrire toutes les affections où ces troubles fonctionnels interviennent.

Je me bornerai donc à une simple énumération des affections qui peuvent simuler l'étranglement ou l'inflammation herniaire, et j'espère que ma concision ne sera pas mal interprétée.

Les tumeurs qui peuvent simuler une tumeur herniaire sont :

1° Le testicule arrêté dans l'anneau et enflammé ;

2° Les tumeurs graisseuses enflammées ;

3° Les phlegmons et abcès du cordon testiculaire ;

4° Les inflammations des sacs herniaires vides ;

5° Les kystes ;

6° Les hydrocèles ;

7° Les tumeurs sanguines ;

8° Les contusions, bosses sanguines, hématocèles ;

9° Les bubons et ganglions suppurés ;

10° Les phlegmons circonscrits et les abcès chauds, froids ou migrateurs ;

11° Les varices inguinales enflammées, etc., etc. ;

12° Des tumeurs cancéreuses, etc., etc.;

Les maladies qui peuvent donner lieu à des symptômes analogues à ceux de l'étranglement sont :

1° La péritonite aiguë ou chronique;

2° L'iléus, le volvulus, c'est-à-dire l'étranglement interne par brides, fausses membranes, enroulement de l'intestin, perforation du mésentère, invaginations, etc., etc.;

3° L'entérite, le choléra;

4° Les tumeurs stercorales des fosses iliaques;

5° La colique hépatique et la colique néphrétique.

Pour toute cette partie du diagnostic de l'étranglement herniaire, je renvoie aux traités classiques et à plusieurs mémoires originaux très intéressants ([1]).

§ II. — Diagnostic des accidents herniaires entre eux.

Je viens de montrer dans une esquisse rapide quelle voie il faut suivre pour distinguer les accidents herniaires des affections avec lesquelles on peut être tenté de les confondre. J'ai indiqué les principaux jalons, mais je n'ai rien dû développer, la nature essentiellement doctrinale de ma question ne se prêtant pas à ce genre de détails.

([1]) Bigot, *Tumeurs graisseuses qui peuvent quelquefois simuler les hernies*, Thèse, 1821. — Battenberg, *Essai sur le diagnostic différentiel de la hernie étranglée et des tumeurs qui la simulent*, Thèse, 1850. — Battenberg et Guyton, même sujet, *Revue médic.-chirurg.*, 1850, t. VII, p. 21 et 89.

J'insisterai davantage sur la deuxième partie du diagnostic des accidents herniaires.

Lorsqu'une fois il est bien établi que les symptômes observés sur un malade ont leur siége ou leur point de départ dans une hernie, il faut déterminer la nature précise de l'accident; dire s'il s'agit d'un étranglement ou s'il s'agit d'une inflammation.

Mais, avant de m'engager dans cette question épineuse, je formulerai une idée dont les éléments ont déjà été semés en plusieurs points de cette thèse.

Il y a une inflammation herniaire *type* qui est essentiellement différente de l'étranglement herniaire *type*. Mais, entre ces deux types extrêmes il y a des cas intermédiaires qui participent à la fois des caractères de la hernie enflammée et de ceux de la hernie étranglée.

Ces cas intermédiaires sont eux-mêmes plus ou moins rapprochés de l'étranglement. Il en résulte que, malgré la différence des types extrêmes, les accidents herniaires sont reliés les uns aux autres par des gradations insensibles.

Voici pourquoi tous ces accidents ont été confondus sous le nom général d'*étranglements*. Mais, de même qu'en botanique, en zoologie, l'existence de certaines variétés indécises n'empêche pas d'établir la distinction des genres, de même, en pathologie, les affections mixtes et les difficultés pratiques qu'elles soulèvent ne doivent pas faire disparaître l'individualité des types morbides.

Je commence par déclarer qu'au lit du malade il est souvent difficile de dire : ceci est un étranglement, ou : ceci est une inflammation.

Cela n'empêche pas que, dans le plus grand nombre des cas, les deux affections sont si différentes qu'on peut porter le diagnostic, pour ainsi dire, à distance.

Ce sont ces cas bien tranchés qui vont nous occuper d'abord. Les autres viendront ensuite : le certain avant l'incertain.

Je commence par le grand caractère distinctif, tiré des conditions où se trouvait la hernie avant l'accident. La connaissance de ce caractère suffit à elle seule pour éclairer le diagnostic dans la plupart des cas.

Si la hernie est ancienne, volumineuse, non exactement contenue ou irréductible, il est à peu près certain que les accidents qu'elle détermine sont dus à l'inflammation.

Si la hernie est petite, et si elle s'est récemment reproduite après avoir été maintenue réduite par un bandage ou par toute autre cause, il est à peu près certain que les accidents sont dus à l'étranglement.

Je n'insisterai pas sur certains caractères, d'une importance moindre, tirés de l'âge du sujet et du siége de la hernie. Je les ai indiqués à propos de l'étiologie ; ils sont bons à connaître, mais ils peuvent tout au plus jeter une faible lueur sur le diagnostic.

Il faut savoir que la hernie scrotale des vieillards est particulièrement disposée à l'inflammation, et que

la hernie crurale des femmes est particulièrement disposée à l'étranglement. De même, la hernie ombilicale ne s'étrangle presque jamais, et les accidents, assez rares du reste, dont elle peut devenir le siége, sont en général dus à l'inflammation.

Si l'on possède des renseignements sur la nature des parties qui composaient la hernie avant l'apparition des accidents, cette donnée pourra être souvent utilisée pour le diagnostic. Ainsi, par exemple, les hernies épiploïques sont disposées à s'enflammer et je n'ai pas encore trouvé d'observation bien concluante prouvant la réalité de l'étranglement dans ces sortes de hernie.

Cela posé, il y a des différences bien tranchées entre les deux maladies, soit que l'on considère la tumeur, soit qu'on s'attache aux symptômes.

La tumeur de la hernie enflammée est grosse; celle de la hernie étranglée est petite.

La première est assez tendue, mais n'est pas précisément dure, elle possède une certaine souplesse, elle est souvent inégale; si elle renferme de l'intestin, elle est bien sonore; si c'est de l'épiploon, elle est mate. Si les deux éléments y sont, elle est mate en certains points et sonore dans d'autres. La hernie étranglée, au contraire, est uniforme, arrondie et beaucoup plus dure que la précédente.

L'anneau qui a donné passage à la hernie enflammée est très large. La présence réitérée ou non interrompue d'une hernie volumineuse l'a maintenu

dilaté. Le pédicule de la hernie, ou si on veut la partie qui correspond à l'anneau, présente une souplesse assez grande, et le doigt du chirurgien, déprimant ou refoulant ce pédicule, pénètre à travers l'anneau avec facilité. S'il s'agit d'une hernie inguinale, on fait pénétrer l'index jusque dans le canal inguinal. S'il s'agit d'une hernie crurale, on peut, avec le doigt légèrement recourbé en crochet, passer sous l'arcade de Fallope, pénétrer dans le ventre, et sentir même quelquefois les battements de l'artère iliaque externe à sa partie la plus inférieure. Cette exploration est intéressante, elle prouve que l'anneau est dilaté, et ne produit aucun étranglement; quant au collet du sac, les conditions où se trouve la hernie nous annoncent qu'il n'existe pas. Il n'y a donc pas d'agent constricteur. Il n'y a donc pas d'étranglement.

Dans la hernie étranglée, au contraire, une pareille exploration ne donne que des résultats négatifs. L'anneau inguinal, presque aussi étroit que dans les conditions normales, est de plus occupé par le pédicule très peu dépressible de la hernie; pour ces deux raisons, le doigt ne peut y entrer. L'anneau crural, qu'on trouve ordinairement sans difficulté chez les sujets maigres, surtout chez les femmes, l'anneau crural cesse de pouvoir être abordé. Là où le doigt recourbé devrait passer sous l'arcade de Fallope se trouve une tumeur dure qui s'oppose à toute exploration de ce genre.

Lorsque l'affection date de quelques jours, l'étude des enveloppes herniaires fournit de nouveaux carac-

tères distinctifs. Autour de la hernie enflammée, les tissus sous-cutanés conservent longtemps leur état normal, leur couleur, leur plicabilité, leur souplesse; autour des hernies étranglées, on voit promptement paraître d'abord l'œdème, puis l'inflammation véritable des couches préherniaires; enfin, la peau rougit et s'enflamme à son tour: l'inflammation, devenue plus violente, s'est propagée autour du sac; plus modérée dans la hernie enflammée, elle est restée limitée à l'enveloppe séreuse.

La douleur à la pression existe dans les deux tumeurs, mais elle est beaucoup plus vive dans la hernie étranglée que dans la hernie enflammée.

Lorsqu'on observe le malade pendant plusieurs jours de suite, on voit surgir un nouveau caractère. La tumeur de la hernie enflammée conserve son volume, ou encore elle diminue; celle de la hernie étranglée a, au contraire, de la tendance à s'accroître.

La première recouvre peu à peu un certain degré de mollesse, mais on n'y trouve de fluctuation que dans des cas exceptionnels. La deuxième, restée dure pendant les premiers jours, quelquefois devenue un peu fluctuante par suite de l'accumulation de sérosité dans le sac, finit tôt ou tard par s'affaisser; elle peut devenir crépitante par suite de la perforation ou de la gangrène. — En d'autres termes, dans la hernie enflammée, il suffit d'observer la tumeur pour voir que sa tendance la plus ordinaire est la résolution; dans la hernie étranglée, au contraire, les lésions

s'accroissent sans cesse, et courent rapidement à la perforation ou à la gangrène.

Les phénomènes fonctionnels qui accompagnent ces deux espèces d'accidents herniaires offrent, les uns avec les autres, une analogie très grande : douleur abdominale, constipation, nausées, vomissements, fièvre. Ce cortége de symptômes, qu'on désigne sous le nom de *signes de l'étranglement*, existe dans l'inflammation tout aussi bien que dans l'étranglement. Et cela se conçoit de reste : la plupart de ces phénomènes sont sous la dépendance d'une complication qui existe ou peut exister dans les deux cas : la péritonite.

Mais tous ces symptômes sont beaucoup plus marqués dans l'étranglement que dans l'inflammation herniaire. La douleur abdominale, nulle ou faible pendant les premiers jours dans cette dernière affection, est bien plus vive et paraît bien plus rapidement dans la première.

La constipation n'est pas aussi constante dans l'inflammation que dans l'étranglement. Lorsqu'elle n'existe pas, lorsqu'elle n'est pas complète, on peut dire qu'il n'y a pas d'étranglement. Dans l'inflammation, la constipation est due à la péritonite, et par conséquent elle peut manquer. Dans l'étranglement, il y a péritonite aussi, mais il y a de plus obstacle mécanique. On cite, il est vrai, les étranglements par simple pincement de l'intestin, et l'on dit qu'en pareil cas le cours des matières peut n'être pas interrompu.

Mais ce sont des cas extrêmement rares, et lorsque cette disposition existe, la tumeur, remarquable par sa petitesse, s'écarte de plus en plus des caractères de la hernie enflammée.

Lorsque la hernie est enflammée, les vomissements de matières fécales ne se produisent que rarement; ils ne se montrent presque jamais dans le cas d'épiplocèle. Lorsque la hernie est étranglée, les vomissements deviennent promptement fétides.

Enfin, la fièvre manque bien plus souvent dans l'inflammation que dans l'étranglement.

Certes ce parallèle rapide a mis en évidence de nombreux caractères distinctifs entre les deux maladies. Quelques-uns d'entre eux n'ont pas une grande valeur; d'autres, au contraire, sont aussi faciles à constater que simples à concevoir.

Il y a donc deux espèces d'accidents dans les hernies, constituant en réalité deux types parfaitement distincts, Mais j'ai dit qu'il y avait des cas intermédiaires, et c'est le moment d'en parler.

Une hernie qui s'étrangle n'est pas toujours *petite ;* une hernie qui s'enflamme n'est pas toujours *grosse.*

Une hernie qui s'échappe sous le bandage et qui pénètre dans un sac à collet, ne *s'étrangle* pas toujours; il arrive quelquefois qu'elle ne fait que *s'enflammer*: il suffit pour cela que le collet soit large (obs. XXIII, p. 123).

L'introduction du doigt dans l'anneau n'est pas toujours possible dans la hernie enflammée. Le gon-

flement du pédicule de la hernie peut s'y opposer.

Tous les autres caractères distinctifs que nous avons énumérés peuvent manquer comme ceux qui précèdent. Ce sont, comme on l'a vu, des symptômes qui sont communs aux deux maladies, et qui, de l'une à l'autre, ne varient que du plus au moins; dans certains cas particuliers, ces différences peuvent ne pas exister; elles peuvent faire place à des caractères inverses. Ainsi la douleur de la hernie enflammée peut être plus forte que celle de la hernie étranglée, etc.

Enfin, et c'est là le point sur lequel j'insiste, une hernie, d'abord enflammée, peut finir par s'étrangler (obs. XVIII, p. 106). On peut constater successivement ou simultanément les caractères de l'inflammation et les caractères de l'étranglement. De sorte que le diagnostic reste parfois environné de la plus grande obscurité.

La lecture d'un grand nombre d'observations et le souvenir de quelques malades que j'ai vus, m'ont prouvé que ces cas douteux sont plus communs qu'on ne l'a dit.

S'il est une circonstance où le doute soit pénible pour le chirurgien, c'est bien certainement celle-là. Il s'agit pour lui d'entreprendre ou de négliger l'une des plus graves opérations de la chirurgie : s'il n'opère pas, il s'expose à laisser marcher un étranglement; s'il opère il s'expose encore à ne pas trouver l'étranglement qu'il cherche, et les plus habiles s'y sont laissé prendre.

C'est pour ces cas douteux que le diagnostic entre l'inflammation et l'étranglement demande de nouvelles recherches. Je n'hésite pas à dire que les documents publiés sont encore insuffisants. Pénétrés de cette idée que les deux formes des accidents herniaires dépendent d'un phénomène unique, l'étranglement, les praticiens n'ont pas dû jusqu'ici s'étonner de voir les deux variétés d'une même maladie se rapprocher l'une de l'autre au point de se confondre dans certains cas. Et d'ailleurs, la question envisagée sous ce point de vue classique ne présente qu'un intérêt secondaire. Étranglement par inflammation, étranglement par engouement, ce sont toujours des étranglements; et si les accidents persistent, s'ils s'aggravent, c'est toujours la même indication qui se présente : détruire l'obstacle et dégager l'intestin.

Mais sur le terrain nouveau où la question a été portée par M. Malgaigne, il n'en est plus de même. Les indications sont entièrement opposées, la vie du malade peut dépendre du diagnostic qu'on portera sur lui.

Un diagnostic didactique serait par conséquent d'une haute importance. Je n'entreprendrai pourtant pas une pareille tâche. N'ayant pu trouver dans la science un nombre suffisant de faits, je ne veux pas m'exposer à présenter comme des choses réelles les suppositions auxquelles je pourrais me livrer.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.